

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-514711

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1685

Matricule : 1685 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HASSI ASMARA

Date de naissance : 9/01/55

Adresse : Ar El Oudj Resid. Balneario n°7
Riad Andalouss

Tél. : 06 61 14 24 46 Total des frais engagés : 61,12 euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Benedicte
Guillaume

(copie de
la
ordonnance)
ci-joint

Date de consultation : 16

101 2020

Nom et prénom du malade :

ASMARA HASSI

Lien de parenté :

X Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

crises épileptiques

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

18 JAN. 2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

ACCUEIL

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cas

Le : 28/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

LETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

t prénom du patient :

sme assureur :

ie du patient :

ATTESTATION DE SOINS DONNES

COMPLETER PAR LE DISPENSATEUR

st prénom du patient : HASSI ASHWA

ilitation - Visite (1)

16.01.20 N° de nomenclature : 102675

de déplacement :

s prestations (2)

e la tion	N° de nomenclature	Date de la prestation	N° de nomenclature
(2)	(2)	(2)	(2)

rit par :

te du : / / Nom et prénom:

ro d'identification I.N.A.M.I.

scripteur :

atoire ou appareillage ou service

sous le n° :

de la réception

prescription : / /

tient est hospitalisé / ambulant (1) :

l'établissement :

Service :

r les mentions inutiles
er les cases non utilisées

fication du dispensateur :

A.R. 15.07.2002
61,16 EUR

19*1980/39



Date 16/01/2020
Signature du dispensateur

A

REÇU

our le compte du N° BCE : 0237086311 19*1980/39

somme de : 61,16 EUR Date : 16.01.20

Signature

matricule 5467



1.86082.61.770

Nom et prénom du prescripteur :
Guillaume Benedicte

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

Nom et prénom
du bénéficiaire : HAJJI ASMAA (09/01/55)

Réservé à la vignette du
conditionnement

R/ KEPPRA (PI-PHARMA) COMPR 500 MG
DT/ 1 boîte de 100
S/ 1 comprimé(s) 2 fois par jour à durée indéterminée

R/ KEPPRA COMPR 250 MG
DT/ 1 boîte de 100
S/ 1 comprimé(s) 2 fois par jour à durée indéterminée

Cachet du prescripteur

Dr. Benedicte Guillaume
1.86082.61.770

Date et signature du prescripteur :
16/01/2020

Délivable à partir de la
date précitée ou à partir du
16/01/2020

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS