

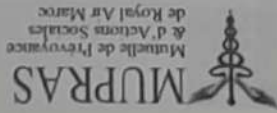
MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

adhérent doit être dûment renseigné
médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
le de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
cs, parodontologie orthodontique, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
cées effectuées en série
une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de
médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
nts sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
ce médicale pour toute demande de remboursement.
le médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de
médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de
ment, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins
es ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
début de traitement.
jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.
Longue Durée ALC :
maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

utiles
: contact@mupras.com
: pec@mupras.com
ment de statut : adhesion@mupras.com
et de la loi n° 99-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2010



Déclaration de Maladie
N° W21-671169

168320

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4984

Société : FAN

Matricule : 4984

Actif ☒ Pensionné ☐ Autre ☐ HADMO

Nom & Prénom : HADMO

Date de naissance : 24/04/68

Adresse : Hôpital de Royan 50750 Royan

Tél : 06/66/24/51

Total des frais engagés : 168320

Cadre réservé au Médecin

Docteur KOUH...
Chirurken D...
21, Bd. 28...
Haddouti 3
022 50 22 158 / 06 71 57 10

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2022

Norm et prénom du malade : HADMO

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HADMO + 23 + 168320

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Fait à : Royan le : 19/12/2022

Signature de l'adhérent (e) :

Déclaration de maladie N° W21-671169

VOLET ADHÉRENT

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Nom de l'adhérent (e) :
Matricule :
Total des frais engagés :

$\sqrt{25}$ of knee
in sketch

graphies en cas de problèmes de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: 01422300

$$26 + 244$$

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

5

Legs

MONTANTS
DES SOINS

375 Dabson Serv 14/12/2022

3206

D'EXECUTION

5

$$\frac{1}{\Delta G^\circ}$$

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

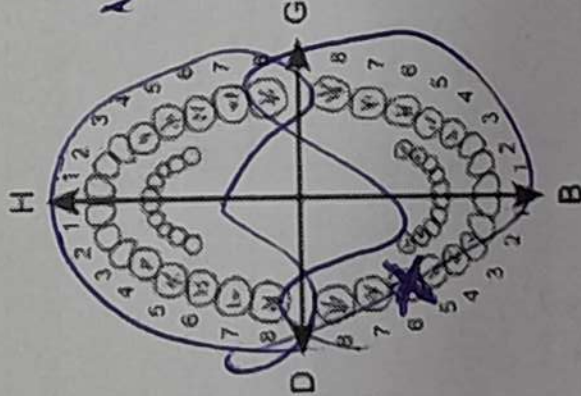
DETERMINATION DU COEFFICIENT

MASTICATOIRE

PROTHESES DENTAIRES

5

25595412 P1433552

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

[illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

lué en indiquant la nature des soins.

traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

USCA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

