

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

PEC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 005930

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ADENI A. M. A. R. S. I.

Date de naissance : 07/01/1965

Adresse :

Tél. : 0645692083 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUJJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd. de l'Indépendance et Bd.
d'Aviation - 6e étage à l'ancien
tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : BOURNAI A. R. A. S. A.

Age : 1978

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ADENI & prothèses dentaires

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

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 : CASA

Le : 21/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-018273

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 005930

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	1 4 15 26 13 15 16 16 17 24 18 28 12 11	valgus 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	D ₁ -	Coefficient DES TRAVAUX P169
	1 4 15 26 13 15 16 16 17 24 18 28 12 11	valgus 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	D ₁ -	MONTANTS DES SOINS 4225,-
	1 4 15 26 13 15 16 16 17 24 18 28 12 11	valgus 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	D ₁ -	DEBUT D'EXECUTION
	1 4 15 26 13 15 16 16 17 24 18 28 12 11	valgus 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	D ₁ -	FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX P1440
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 28.800,-
	14 15 13-X-X-16 D ₁ 14 01 24 X 24 D ₂			DATE DU DEVIS 31.08.23
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DENTOULLIAC Régis
Praticien Dentiste
Angle bld André Malraux et Rte
d'Azur 06260 Né - Cap d'Antibes
Tél : 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Angle de la rue André et de la rue d'Assas N°6 - Capitala
Tél : 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

