

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

10680

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007444

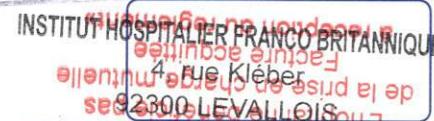
 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2277 Société : Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : Mme TRAK Khadija Date de naissance : 17/07/57Adresse : habitatvillage 03 DETél. : 0662393930 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/11Nom et prénom du malade : JIRAIN KHADJA Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Cancer de Sein

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 : ParisLe : 13/11/11

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
3/11/2019	CANCEROLOGIE		69,00	
				INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANNIQUE 4, rue Kléber 67200 STRASBOURG

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

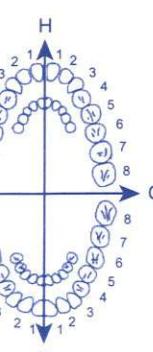
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE GCS IHFB-COGNACQ-JAY
4, rue Kléber
92300 LEVALLOIS PERRET
Tél : 01.47.59.59.59

Page : 1
Le 13/11/2019 à 15:55
Opérateur : EM

CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Référence à rappeler :

0500173730

N° SS

JRAIF
KHADIJA
ARDOUANE

JRAIF KHADIJA
LOTISSEMENT NARJIS
RUE1 VILLA N 3 RTE D AEZLMOUR
CASABLANCA
0 ETRANGER
MAROC

FACTURE N° : 1993087657

Né (e) le : 17/07/1954

Assuré(e) :

N° Adhérent :

N° Engagement :

Débiteur 1 :

Débiteur 2 :

N° finess : 920000643

UF demandeuse : 6020 CONSULTATIONS DE CANCEROLOGIE

Jour	UF	Intervenant	Lettre clé / Regr CCAM	Tarif	Coefficient	Montant	Taux	A votre charge
13/11/2019	6020	DEGAI	APU	69.00	1.00	69.00	0	69.00
13/11/2019				0.00		0.00	0	

*** FACTURE REGLEE ***

Mode : ESPECES

Date du règlement: 13/11/2019

	EUROS
Total à payer	69.00
Somme perçue	69.00
Reste à payer	0.00

Facturé le : 13/11/2019

FACTURE ACQUITTÉE

N° IPP 500173730 JRAIF,Khadija
Regroup : CONSULTATIONS EXTERNES

Facture : 1993087657 Montant : 0.00 Euros
Uf : 6020 CONSULTATIONS DE CANCEROLOGIE