

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

lucation :

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.

aire :

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.

adie 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-574524

ND 52033

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2406 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KADRI HASSANI NASSIB

Date de naissance : 12.02.53

Adresse :

Tél. : 0662256841 Total des frais engagés : 2104,51 Euro

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 15/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : HGS

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 à caractère personnel.

MUPRAS - Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

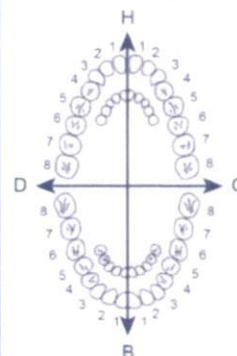
achet et signature du radioire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

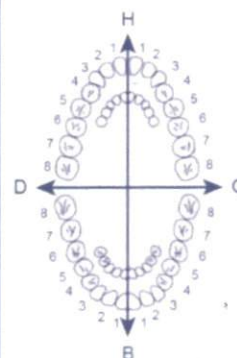
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

FACTURE	DATE	REALISÉ PAR	CLIENT
F - 202189	07/10/20	Teresa del Castillo	Najib Kadri Hassani Boulevard Fès, Californie 294 20150 Casablanca - Maroc FRANCIA Tfno: Fax:
COD. CLIENT		CIF / NIF	
201060			

REF / COD	DESCRIPTION	QUANTITÉ	PRIX	DTO	TTC	TOTAL
IS-300-IN16	Concentrateur d'oxygène Inogen One G3 8h Garantie de trois ans pour le concentrateur Inogen One G3 et de un an pour les accessoires (batterie, chargeur d'alimentation et de voiture, sac de transport et colonnes métalliques).	1,00	1.813,64		10,00	1.813,64
IO-300-IN	Concentrateur d'oxygène Inogen One G3 8h N° Serie: 20260207-EU	1,00				
BA-316	Batterie double pour Inogen One G3 N° Serie: 19450711	1,00				
BA-301-IN	Chargeur de Puissance Inogen One G1-G3 N° Serie: DP-18418580	1,00				
RP-321	Colonnes Inogen One G3 HF N° Serie: C-202000205-EU	1,00				
RP-300	Filtre externe d'entrée d'oxygène Inogen One G3	1,00	28,93		21,00	28,93
RP-101	Filtre Interne Inogen One G2 y G3 (x10)	1,00	43,39		21,00	43,39
RP-102	Clé Inogen One G2 et G3	1,00	18,18		21,00	18,18

FACTURE	DATE	REALISÉ PAR	CLIENT
F - 202189	07/10/20	Teresa del Castillo	Najib Kadri Hassani Boulevard Fès, Californie 294 20150 Casablanca - Maroc FRANCIA Tfno: Fax:
COD. CLIENT	CIF / NIF		
201060			

REF / COD	DESCRIPTION	QUANTITÉ	PRIX	DTO	TTC	TOTAL
-----------	-------------	----------	------	-----	-----	-------

A. commune	T.T.C.	Montant	Portes	Montant restant	
1.813,64	10,00	181,36		1.904,14	
90,50	21,00	19,01		1.904,14	
				T.T.C.	200,37
				Portes	
				TOTAL	2.104,51 €

Forme de paiement

Paielements par virement bancaire: IBAN: ES34 0128 0054 63 0500005651 - SWIFT: BKBKESMMXXX

Adresse de la banque: BANKINTER. C/ Dr. Calero, 19. 28220 Majadahonda, Madrid.

Titulaire: Healthcare Marketing & Consulting, S.L.

Si vous souhaitez accélérer le processus, veuillez envoyer le justificatif de paiement sur le compte e-mail: commandes@oxygenus.com