

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 canalaires, 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 canalaires.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-576189

54574

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 00239 Société : Veuve Rebbaté

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHRAIBI BADIA

Date de naissance : 1948

Adresse : 56, rue de la casse

Tél. : 05 29 96 31 51 Total des frais engagés : 5223,60

Cadre réservé au Médecin : Dr. M.A. RAFAI MUPRAS

Cachet du médecin : PES - Neurologue

Médecin du Système Nerveux - Musculo

ENMG - EEG - Toxine Botulique

Rdv: 06 22 87 30 66

29/12/2020 II / JAN. 2021

ACCUEIL Age: 79

Date de consultation : 29/12/2020

Nom et prénom du malade : CHRAIBI BADIA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : aff. Neurologie Choc

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 : SOUS Signature de l'adhérent(e) badia Le: 30/12/2020

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
29/12/2020	G		250,00	INP : 1091082111 DR. M.A. RAFA PES - Neurologue Pathologie du Système Nerveux - Muscle EMG - EEG - Tension Bétonique Ref: 00 22 87 30 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/2020	1973,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DEBUT D'EXECUTION														
FIN D'EXECUTION														
COEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411	
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	11433553												
	35533411													
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



CLINIQUÉ DAR SALAM

DEMANDE D'EXAMENS N° 042656

Nom : CHRAIBI Ch :

Prénom : BAOUIA

Docteur : BICRAFAI

Examen Demandé : ✓ 2

200

100 SF

Medecin Correspondant :

Le : 25/12/22

Tél:

05 22 82 14 14

CLINIQUÉ DAR SALAM
SERVİCE URGENCİES

Signature

④

A10wedge CP 4mg

u.180x14

T₂ - T₂

- T₂

3m

DR. M. A. RAFAI

PES - Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscle
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Rdv: 06 22 87 30 66

(S.V)

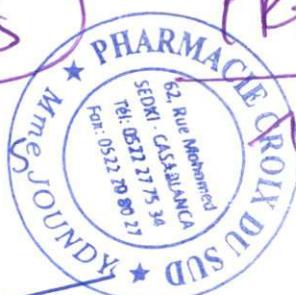
⑤

PREZAR CP

8h.80 X

CP/j

3m



4973,60

PPV: 84DH80
PER: 06/23
LOT: J1901

PPV: 84DH80
PER: 09/23
LOT: J2492

PPV: 84DH80
PER: 06/23
LOT: J1902

PPV: 84DH80
PER: 09/23
LOT: J2493

PPV: 84DH80
PER: 06/23
LOT: J1902

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 20E010
PER: 07/2023
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 20E011
PER: 07/2023
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 20E011
PER: 09/2023
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80
LOT: 20E011
PER: 09/2023
6 118000 010227

(S.V)