

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : A1533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASR

nouwa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 00 673793

Total des frais engagés :

AIDER SANTÉ
LES CLINIQUES DES MALADIES RÉNALES

Docteur C. GUIRAUD, Médecin Néphrologue

RPPS 10005186167

Clinique Saint Jean

Place de l'Europe

08/08/2013 34430 SAINT JEAN DE VEDAS

Tél. 04 34 11 43 27 - Fax : 04 30 78 60 39

Nom et prénom du malade : NASR Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hémodialyse

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 :

Le : 30 AOÛT 2013

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
08/08/23	consultation(x1) CSMPC		25 €
08/08/23	seance de diplématurage	13	253,59 €

RES
OSAIDER SANTÉ
Cache et signé par le docteur
atteste la validité des cliniques des maladies rénales
Docteur C. IGUERAUD, Médecin Néphrologue
RPPS 10005186167
Clinique Saint Jean
Place de l'Europe
34430 SAINT JEAN DE VEDAS
Tél. 04 34 11 43 27 - Fax : 04 30 78 6
NESS : 340024553 - SIREN : 311 471 858 - AP

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	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.

loguetant :

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

DAS 78 60 39 - APE : 8610Z		SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
							<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
							<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
							<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
							<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				$ \begin{array}{c} H & \\ \begin{array}{ c c } \hline 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline \end{array} \\ \begin{array}{c c} \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \\ \hline \end{array} \\ B & G \end{array} $			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
							<input type="text"/> DATE DU DEVIS
							<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Madame NASR Mouna

FACTURE PRO FORMA-220801

NATURE ET PERIODE DES SOINS :

Hémodialyse en UNITE D'AUTO DIALYSE
 Période : du 08/08/2023 au 08/08/2023

Grabels, le 02/08/2023

Facture acquittée le

U 8 AOUT 2023

Bénéficiaire : Madame NASR Mouna



AIDER-SANTÉ

DESIGNATION	Qté	Prix Unitaire	Taux	Montant
<u>SEANCES D'HEMODIALYSE A SAINT JEAN</u> (D13)				
- Unité d'Auto Dialyse dates : 08 AOUT 2023	1	253,59	100	253,59 €
- Consultation (CS MPC)	1	25,00	100	25,00 €
(1)				278,59 €

* Cette somme ne tient pas compte des actes susceptibles
 d'être effectués en sus de la dialyse

Anne-Valérie BOULET
 Directrice

(1) SOMME A ACQUITTER par :

- chèque certifié par votre organisme bancaire
- Espèces
- Virement : FR76 3000 3014 3000 0372 6191 013

Une facture acquittée vous sera expédiée après réception de votre règlement.

P.O.
