

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-487669

NR: 24297



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

| | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------------|-------------|
| Matricule : | SALIH 3535 | Société : | RAY |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | SALIH Ahmed |
| Nom & Prénom : | | 11/04/1957 | |
| Date de naissance : | | habituelle | |
| Adresse : | | Tél. : 06 66 81 2417 | |
| | | Total des frais engagés : 39,5 EUR | |

Cadre réservé au Médecin

KNOKKE-DORP
Dr. R. Van Ooteghem (1)
Dr. T. Vandepitte (2)
Graaf Jansdijk 44A - 8300 Knokke-Heist
Tel: 050 61 12 63
RIZIV 1-33296-79-004

Date de consultation 22/11/19
Nom et prénom du malade : Ben Raghla Nadjia Age:

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 confidentiels 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 à caractère personnel.

Fait à : 09 Mars 2020 Le : 22/11/19

Signature de l'adhérent(e) :



HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN

Naam en voornaam van de patiënt:

Verzekeringsinstelling:

INSZ:

Adres van de patiënt:

GETUIGSCHRIJF VOOR VERSTREKTE HULP

IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER

Naam en voornaam van de patiënt *Ben Ruyter*

Raadpleging - Bezoek (1)

Datum: *22/11/04* Nomenclatuurnr.: *10-006*

Reiskosten:

Andere verstrekkingen (2)

| Datum van de verstrekking | Nummer v. d. nomenclatuur | | Datum van de verstrekking | Nummer v. d. nomenclatuur |
|---------------------------|---------------------------|--|---------------------------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (2) | (2) | | (2) | (2) |

Voorgeschreven door:

op datum van: / /

Naam en voornaam

RIZIV-identificatienummer:

van de voorschrijver:

Laboratorium of apparatuur of dienst

erkend onder nummer:

Datum van ontvangst

van het voorschrift: / /

Patiënt is gehospitaliseerd / ambulant (1):

Nummer van de instelling:

Dienst:

(1) Schrappen wat niet past

(2) De niet gebruikte vakken doorhalen

K.B. 15.07.2002

Identificatie van de verstrekker:

Huisartsen

39,5 EUR

19*0021/07

Wachtdienst

NOORD WEST-VLAANDEREN

Ruddershove 10A

8000 Brugge

OND.NR.: 0543.483.872

REKENNR.: 0543.7980.4053.9655

Dr. R. Van Ooteghem (1)

Dr. T. Vandepitte (2)

Graaf Jansdijk 44A Handtekening kan de verstrekker

Tel. 050 61 12 63

RIZIV 1-33296-79-004

185832-65-004

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr.: 0543483872 19*0021/07

Ontvangen de som van:

39,5 EUR

Datum:

Handtekening

22/11/04