

## 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 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.

### 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° W19-584922

60418

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : EL Mouni Moulay Saadoun  
 Date de naissance : 01-01-45  
 Adresse : Hay el Hana Rue 32N32 Casablanca  
 Tél : 0619449632 Total des frais engagés : 54,52 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Pascal CADIEN  
 Chirurgie Orthopédique  
 et Traumatologie  
 CENTRE HOSPITALIER  
 81013 ALBI Cedex 09  
 RPPS : 100029115

Date de consultation : 05/11/2020  
 Nom et prénom du malade : EL Mouni Saadoun Age : 74

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

Nature de la maladie : Arthrose Genoux

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 : ALBI Le : 05/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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



# RELEVÉ 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
05/11/88	CD	1	23,- €	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique CENTRE HOSPITALIER 81013 ALBI Cedex 09 RPPS : 1000291153

# 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
	5/11/2010	ADL MPL	29,97 € 2,00 €

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Albi le jeudi 05 novembre 2020

**Bon Radio (Rdv Radio OK)****Madame EL MOUMI Saadia née SAGID le 01/01/1946**

IPP : 7217849

IST :

UF de la demande 9006 CONSULTATIONS CHIRURGIE ORTHO

- Adresse : CHEZ CASSAIGNE HIND 24 AV ALBERT CAMUS 81600 GAILLAC

- Téléphone : 0563573380 0601907621 (fille)

- Email :

Date de l'examen : 05/11/2020 16H15

Informations 2 genoux  
complémentaires

MEMBRE SUPERIEUR		MEMBRE INFERIEUR	
<input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> gauche	<input checked="" type="checkbox"/> droit	<input checked="" type="checkbox"/> gauche
<input type="checkbox"/> avant-bras		<input type="checkbox"/> bassin	
<input type="checkbox"/> bras		<input type="checkbox"/> cheville	
<input type="checkbox"/> clavicule		<input type="checkbox"/> fémur	
<input type="checkbox"/> coude		<input checked="" type="checkbox"/> genou	
<input type="checkbox"/> doigt		<input type="checkbox"/> hallux valgus	
<input type="checkbox"/> épaule		<input type="checkbox"/> hanche	
<input type="checkbox"/> main		<input type="checkbox"/> jambe	
<input type="checkbox"/> poignet		<input type="checkbox"/> orteil	
<input type="checkbox"/> autres		<input type="checkbox"/> perone	
		<input type="checkbox"/> pied	
		<input type="checkbox"/> tibia	
		<input type="checkbox"/> autres	

FACE - PROFIL



HOPITAL D ALBI  
22 bv SIBILLE  
81013  
ALBI

## Quittance



**REGIE : BUREAU DES ENTREES**  
**CAISSE : BE CAISSE GUICHET**

### **Quittance N° 000568**

La caisse N° 011 a reçu le 05/11/2020 de :

EL MOUMI SAADIA

la somme de 54,97 Euros réglée en Chèque pour le paiement des soins externes du patient suivant :

EL MOUMI SAADIA  
CHEZ CASSAIGNE HIND

24 AV ALBERT CAMUS

81600 GAILLAC

Numéro de dossier : 786680919  
Numéro de sécurité sociale :

### **Détail du paiement**

Montant total des actes : 54,97 Euros

Date	UF	Médecin	Code	Coef/Qté	P. Unit.	Taux	Montant
05/11/2020	9006	811024561	- CS	1	23,00	100	23,00
05/11/2020	4100	000000000(06)	ADI	1	29,97	100	29,97
05/11/2020	9006	811024561	MPC	1	2,00	100	2,00

