

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

- 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.

N° W19-584922

60418

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité
EL Mousni Monlay Abdellou

Nom & Prénom : EL Mousni Monlay Abdellou

Date de naissance : 01-01-45

Adresse : Hay el Hama Rue 32 N° 2
Casablanca

Tél. : 06 19 44 96 32 Total des frais engagés : 54,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Pascal CARIVEN

Chirurgie Orthopédique

et Traumatologique

CENTRE HOSPITALIER

81013 ALBI Cedex 09

RPPS : 100029115

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 05/11/2010

Nom et prénom du malade : EL Mousni Monlay Abdellou 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 : ACPO

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/10/2010

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
05/11/86	CD	1	83,- €	INSTITUT CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE CENTRE HOSPITALIER 81018 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
	5/11/2020	A.D.I M.P.C	29,97 € 2,02 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <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 : 0563573386 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 :

24 AV ALBERT CAMUS

EL MOUMI SAADIA
CHEZ CASSAIGNE HIND

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

