

INDICATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

L'adhérent doit être dûment renseigné.

Le médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Une facture est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour 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.

Tous les médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

et Biologie :

Une copie 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.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

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.

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Mutation et changement de statut : adhesion@mupras.com

RGPD relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 061379

ND: 81881

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 08 01 6651

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ALAOUI Mohammed

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-61379

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
02/02/21	1B11+		39,07€	LABORATOIRE CENTRAL 92 103 rue Armand Silvestre 92400 COURBEVOIE 01.43.33.56.96 923800403
02/02/21	1B5		156€	
02/02/21	1B68+1,35€+1,54€		24,44€	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr DU MOULIN PIERRE 12, RUE DE LA MONTAGNE 92400 COURBEVOIE 02 1 08702 4 0 1 11 8 T. 0141109042	05/02/21	APR/DEQPOO3 74€

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la														
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

CABINET DU DR PIERRE DUMOULIN

Monsieur DUMOULIN PIERRE

03 Cardiologie

921087524

Facture N°000007118 du 05/02/2021

QUITTANCE

Bénéficiaire des soins : ALAOUI MOHAMMED

N° Immatriculation : 142129938041289

Identification AMO : Régim 01 Caisse 751 Centr 8954

Identification AMC : ---

Tiers Payant : Pas de tiers payant

Montant facturé	Montant AMO	Montant AMC	Montant assuré
74.00 €	44.98 €	0.00 €	74.00 €

Actes effectués :

Date	Cotation	Montant Facturé	Part AMO	Part AMC
05/02/2021	APC	50.00 €	35.00 €	0.00 €
05/02/2021	DEQP003 1 0	24.00 €	9.98 €	0.00 €

CABINET DU DR PIERRE DUMOULIN

Monsieur DUMOULIN PIERRE

03 Cardiologie

921087524

Facture N°000007118 du 05/02/2021

QUITTANCE

Bénéficiaire des soins : ALAOUI MOHAMMED

N° Immatriculation : 142129938041289

Identification AMO : Régim 01 Caisse 751 Centr 8954

Identification AMC : ---

Tiers Payant : Pas de tiers payant

Montant facturé	Montant AMO	Montant AMC	Montant assuré
74.00 €	44.98 €	0.00 €	74.00 €

Actes effectués :

Date	Cotation	Montant Facturé	Part AMO	Part AMC
05/02/2021	APC	50.00 €	35.00 €	0.00 €
05/02/2021	DEQP003 1 0	24.00 €	9.98 €	0.00 €