

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2587**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SARHANI Khatijah**

N 83X40

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : **63,51 Euro** 00hs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/09/2013**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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.

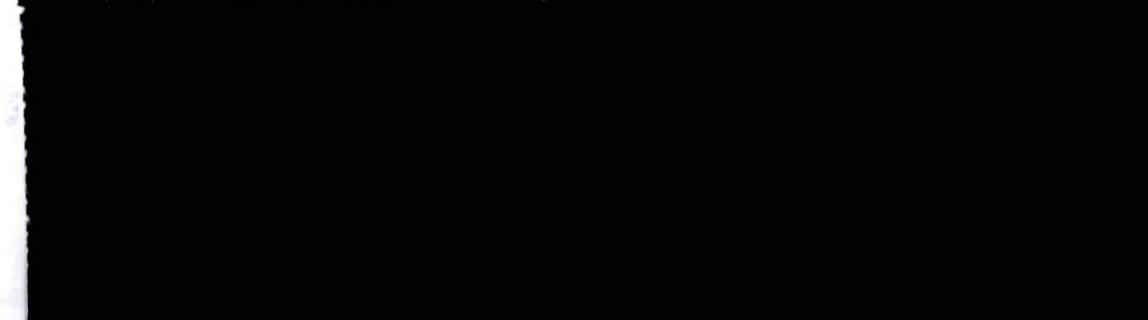
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

8



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
01/09/23	Sgt	6W		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA GARE		
place de la Révolution		
77680 ROISSY EN BRIE	13/09/2023	63,51 €
Tél.: 01 60 64 22 88		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

دكتور أدهم السطى

خصائص في أمراض القلب والشرايين

جامعة كلية الطب بليل

لیب ساپقا پستھیات فر نسا



*Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires*

Re SAM HANNAH KATHADIGI

✓

Galaxy 1 to $(1 - \sigma - \gamma_c)$ $(6m)$

Docteur Ahmed
Cardiologue
Rés. Jassim Houssam
Rue de la Forêt
Tunis

Dr. Ahmed S. JASSIM
Cardiologist
Rés. Jassim Houssayé, 10 Rue Houssayé 1er arrondissement
(Rue de la Foire internationale) 2ème étage, N° 15, M. Jassim
Tél. 05 22 20 35 84 - Tél. / Fax 05 22 20 35 81
CASABLANCA Urgence

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7

Le 13/09/2023-Facture no 3550504

Vente no 1428 / Vendeur 039

Malade : SARHANI khadiji

H.DK-Taux-----

SOTALEX 160MG C-3400932225637 12x 4.23+1.02 0 4725909
Honoraire médi -ACTE_HDR 1x 0.51+0.00 0

* H.D. = Honoraire de dispensation unitaire

Total: 63.51 / Amo: 0.00 / Amc: 0.00 / Assuré: 63.51

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7

Le 13/09/2023 14:17

Produit	Qte	Px.unit	Montant
Ordonnance numéro 3550504			Ve : 039
Patient SARHANI khadiji			
SOTALEX 160MG CPR/30***SOT	3400932225637		
	12x	5.25	63.00
Honoraire médi remboursabl	ACTE_HDR		
	1x	0.51	0.51
A payer			63.51