

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

190630

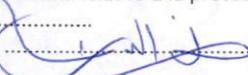
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12096		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Saidan Najiullah
Nom & Prénom : Saidan Najiullah		Date de naissance : 19/09/1978	
Adresse :			
Tél. 0661465526		Total des frais engagés : 3428,00 Euro(s)	

PrAF05_V2/2010/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
 Instituto de microcirugía ocular GRUPO MIRANZA NIF: B-64261878 Josep Maria Lladó, 3 08035 Barcelona Tel: 93 4000 700
Date de consultation : 22/12/2019
Nom et prénom du malade : NAJIB ALLAH SATIDA
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : OPERATION STRABISME
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : Signature de l'adhérent(e) : 

Le : /

VOLET OUVERTE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIR

		H
D		25533412 00000000
		21433552 00000000
		00000000
		35533411
		11433553
		R

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Factura : F2360773

Barcelona, 22/12/2023

NAJIULLAH, SAIDA
CASA GREEN TOWN VILLA 190 BOUSKOURA CASA /MAR
20000 CASA BLANCA
CASA BLANCA
(MARRUECOS)
Pasaporte : HY1741735

NAJIULLAH, SAIDA
CASA GREEN TOWN VILLA 190 BOUSKOURA CASA /MAR
20000 CASA BLANCA
CASA BLANCA
(MARRUECOS)
Pasaporte : HY1741735

Paciente : 212.853 NAJIULLAH, SAIDA

Código	Descripción Asistencia	Cantidad	Precio Unitario	Importe Neto	IVA %	Total
QQ505	ESTRABISMO BASICO	1	3.478,00	3.478,00		3.478,00

Fecha : 22/12/2023

IMO
Instituto de
microcirugía
ocular
NIF: B-64261878
Josep Maria Lladó, 3
08035 Barcelona
Tel: 93 4000 700

PAGADO

BASES	TIPO	CUOTA	TOTAL I.V.A.	Total Importe :	3.478,00
				Base Imponible :	3.478,00
				Total IVA :	0,00
				Total Factura (€) :	3.478,00

Exenta de IVA en virtud del artículo 20.Uno.2º de la Ley 37/1992 de 28 de Diciembre

Observaciones :
OI