

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 2479

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI

Date de naissance :

14-6-1955

Adresse : Residencia walili 7, rue de Rome CASA

Tél. : 0621999896

Total des frais engagés : 4000 Dhs  
soit 1320,00

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

YASAMPARK EVDE SAĞLIK  
HİZMETLERİ  
Dr. O. Dağhan COBANOĞLU  
Pratisyen Hekim  
Dip. Tesz. No: 146493

Date de consultation : 12/01/2024

Nom et prénom du malade : M'hamed Rochdi Age: 68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ater, Ökert + bıy mənəsi

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : X

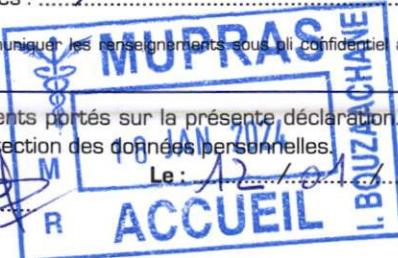
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : *M'hamed Rochdi*

Le : 12/01/2024



#### **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
12.31.2014	Başvuru belgesi	1 kisi	- 100 TL	 YASAMPARK EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ Dr. O. Dağhan ÇOBANOĞLU Pratisyen Hekim Tesc. No: 146493

## **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

## 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.

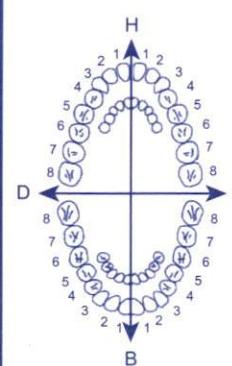
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

• Utiliser une méthode d'appréciation et de classement.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# REÇETE



BR

ÖZEL

YASAMPARK  
SAĞLIK GRUBU0212 909 03 91  
0536 515 97 99

Hastanın Adı Soyadı:

M'hamed Rachid

Tarih : 12.01.2024

Protokol No. : 15

T.C. No:

CJ6547159

Kaşe / İmza :

YASAMPARK EVDE SAĞLIK  
HİZMETLERİ  
Dr. O. Dağhan ÇOBANOĞLU  
Pratikyen Hekim  
Dip. Tesc. No: 146493

Teşhis:

ÜSME

Rp / J. Englur tub. DİS(br) S. 2x1

I. Ibunus col12 tub. DİS(br) S. 2x1

II. Nitraz fort susp. DİS(br) S. 2x1

YASAMPARK EVDE SAĞLIK  
HİZMETLERİ  
Dr. O. Dağhan ÇOBANOĞLU  
Pratikyen Hekim  
Dip. Tesc. No: 146493

YAŞAMPARK EVDE BAKIM VE SAĞLIK HİZMETLERİ  
LİMİTED ŞİRKETİ  
TAŞHAN CAD. HİLAL APT SAKIZAĞACI MAH.  
No:52/1  
0 BAKIRKÖY/ İstanbul  
Telefon: 5350466256  
E-Posta: ysmprkmuhasebe@gmail.com  
Vergi Dairesi: BAKIRKÖY VERGİ DAİRESİ  
VKN: 9381125659



### e-Arşiv Fatura



SAYIN  
Muhammed Rochdi  
Cankurtaran Mahallesi Cankurtaran Caddesi No:26/A  
Dicamlot Hotel  
FATİH/ İstanbul  
Vergi Dairesi: FATİH VERGİ DAİRESİ  
TCKN: 11111111111

ETTN: d6ccd833-8cc8-4449-bd81-72353ae0108e

Özelleştirme No:	TR1.2
Fatura No:	YEA20240000000006
Fatura Tipi:	SATIS
Gönderim Şekli:	KAGIT
Düzenleme Tarihi:	12-01-2024
Düzenleme Zamanı:	11:53:43
Son Ödeme Tarihi	12-01-2024

Sıra No	Mal Hizmet	Açıklama	Miktar	Birim Fiyat	İskonto Oranı	İskonto Tutarı	KDV Oranı	KDV Tutarı	Diger Vergiler	Mal Hizmet Tutarı
1	Sağlık Hizmeti		1Adet	3.636,36TL	%0		%10,00	363,64TL		3.636,36TL
										Mal Hizmet Toplam Tutarı 3.636,36TL
										Toplam İskonto 0,00TL
										KDV Matrahı 3.636,36TL
										Hesaplanan KDV(%10.00) 363,64TL
										Vergiler Dahil Toplam Tutar 4.000,00TL
										Ödenecek Tutar 4.000,00TL

**Not:** Yalnız DÖRTBİN TL'dir