

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-813513

19 6159

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AJAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE ORJOUANE Agdal Hay Dakhla cass

Tél. 0612833331

Total des frais engagés : 56,54 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

ASSOCIATION CENTRE DE SANTE DE SAVIGNY

7 rue Claude Debussy
91600 Savigny-sur-Orge

Siret n° 882 170 467 00014 / Finess : 91 002 501 4
Code APC : 86212 - Activité des médecins Généralistes

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AJAL OTMANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CATARACTE

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 : Paris

Le : 20/12/2013

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE SOINS OPHTALYS SAVIGNY HOTEL I

7, Rue CLAUDE DEBUSSY
 91600 SAVIGNY SUR ORGE
 Tél:
 N° Finess : 91 0 02501 4

FACTURE

Fact / FSE **93 851 / 0** du: **20/12/2023**
 Praticien **MARIN Ion-Luiqi**
15 Ophtalmologue

Page 1 of 1

Patient : AJAL Otmane (N°: 58312)
 Né(e) le : 01/07/1948
 Lien :
 N° SS :
 Risque :

Assuré : AJAL Otmane (N°: 58312)
Adresse :

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
20/12/2023	OCT	ATM	1.00	56.54	0.00
					56,54 €

Acquittée

ASSOCIATION CENTRE DE SANTÉ DE SAVIGNY
 7 rue Claude Debussy
 91600 Savigny-sur-Orge
 Siret n° 882 170 467 00014 Finess : 91 002 501 4
 Code APC : 8621Z - Activité des médecins Généralistes

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	Espèces	Chèque	C.B.	Autre
	0.00 €	0.00 €	56.54 €	0.00 €
Total :	0.00 €	Reste dû le	20/12/2023	0.00