

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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 : 1003

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bous Lachen

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2023

Nom et prénom du malade : Dr Bous Lachen Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soins - Prothèses Dentaires

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.

18 JUL. 2023

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0012792

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 :

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	2 2 2 1 1 3 1 5 1 2 2 3 2 4 2 6 2 8	tot tot tot tot ret tot ret ret tot	D ₈ D ₈ D ₈ D ₈ D ₈ D ₈ D ₈ D ₈ D ₁₂
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>8D₈ + 2D₁₂</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>3600,00</i>
			DEBUT D'EXECUTION <i>15.7.13</i>
			FIN D'EXECUTION <i></i>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>MD₁₈₀</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>3300,00</i>
			DATE DU DEVIS <i>14.07.13</i>
			DATE DE L'EXECUTION <i></i>
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Docteur NADIA SAADI</i>
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Docteur NADIA SAADI</i>

Docteur NADIA SAADI
52, Rue Socrate 10
Médecin Dentiste
Tél.: 05 22 20 22 22
E-mail: nadia.saadi@orange.fr

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

Bridg^t

*Bridge sur la 15.7.13. A 11.21
22.23. 25.26. et 27*

*[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession*

Docteur NADIA SAADI

*52, Rue Socrate 10
Médecin Dentiste
Tél.: 05 22 20 22 22
E-mail: nadia.saadi@orange.fr*

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Docteur NADIA SAADI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Docteur NADIA SAADI



D

SANS PROTHESE