

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.

M22- 0012888

134667

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bouyra Abdelelagziz

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Résidence ottoman Rue 6 m6

é 6 oufia

Tél. : 052597134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

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) :

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.

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 - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DE BRETAGNE

78 2 71354 9

2 place de la Bretagne 78310 MAUREPAS

Tél : 33 1 30 50 30 35

Fax : 33 0 00 00 00 00

email : tot@msn.com

SIREN : 539 225 177 00010

No TVA intracommunautaire : FR 44539225177

LATIFI KHADIJA

 20 e rue du couseran
 78310 MAUREPAS

Code Client : 25823

Délivrée par : 8 OK

à MAUREPAS , le 26/08/2022

Impression N° 1 Duplicata Facture Mutuelle No 871728

Qté	CIP/LPP	Désignation	TVA	Acte	Base AMO	Prix U.Net	Montant
1	3400938282191	RISPERIDONE 1MG/ML ZTV BUV 6	2,10	PH7	11,16	11,16	11,16



PHARMACIE DE BRETAGNE
 Bretagne
 PAS
 0 35

Code TVA	Taux de T.V.A	Montant de la T.V.A	Montant H.T	Montant T.T.C
5	2,10	0,27	12,98	13,25
			Part	0,00
			Part AMC	0,00
			Part Client	13,25 €
			Total Hors taxe	12,98
			Montant de la T.V.A.	0,27
			Remise	0,00
			Total T.T.C	13,25 €

No Fiscal : 338240

Nombre de clients : 1 Nombre de lignes : 1

Version: 6.8.3.68.515 du 17/06/2022

B 0088 Q I T D - O V 101

Aucun escompte de règlement n'est accordé pour le règlement anticipé.

Acceptant le règlement des sommes dues par chèque libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.

En cas de retard de règlement une pénalité égale à trois fois le taux d'intérêt légal sera appliquée.

Pénalités de retard au taux annuel de 12 % - indemnité forfaitaire de recouvrement : 40 euros

feuille de soins - médecin

A. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

	J	J	M	M
	A	A	A	A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom *Latifa Khadija*
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance **J J M M A A A A**code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR MOGHADDAM Rebecca

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Place du Village

1 rue de la Mare aux Carats

78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX

Tél 0130573940

=> 78 1 19056 6 00 1 11 0 01 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

10 **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD action de prévention autre

accident causé par un tiers : non oui date **J J M M A A A A**

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement **J J M M A A A A**

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : **J J M M A A A A**)

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

25

en euros (1+2+3)

Dr Rebecca MOGHADDAM

Médecin généraliste

DU de gynécologie préventive et contraceptive

1 rue de la Mare aux Carats

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 141-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant