

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

- Reclamation : 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.

M22- 0047709

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5090

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELAÏ SAMIA

Date de naissance : 06/05/1961

Adresse :

Tél. : 0661955110

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 66/02/2023 HARS-CARNOET

Nom et prénom du malade : ABDELMALIK 5893 Salma 20 1 Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thanguite

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 : CASA

Le : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :





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
06/07/23	9		256	Docteur Nathalie CREFF-AZZOLIN UT - C. conventionné 8, route de l'Amphithéâtre 29360 CLOHARS-CARNOËT

EXECUTION DES ORDONNANCES 29.1.05893.1 V 0 1 20 1
CAB CONV ZISD

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie de CLOHARS-CARNOËT 4 place Gal de Gaulle U 7 FEV. 2023</p>	06/02/23	19 €70

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

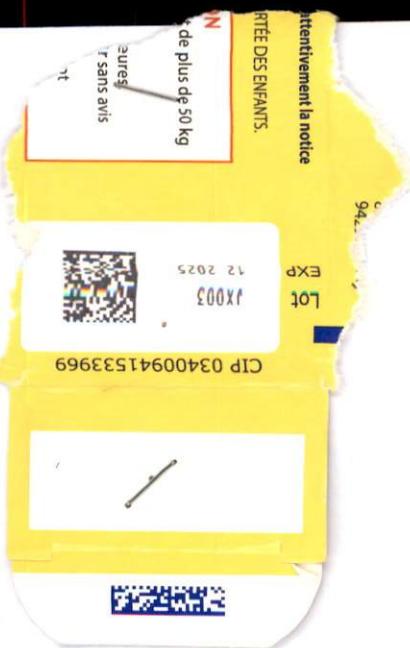
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet médical
8 route de Quimperlé
29360 CLOHARS CARNOET
Tél : 02 98 71 50 25 Fax : 02 98 71 65 12

Titulaire / Exploitant : Bouchard (Laboratoires)
Tél. : 01 45 19 10 00
92800 PUTEAUX
70, avenue du Général de Gaulle

Dr AZZOLIN Natalie
29 10 58 93 1

CONSULTATIONS SUR RENDEZ VOUS

Le lundi 6 février 2023

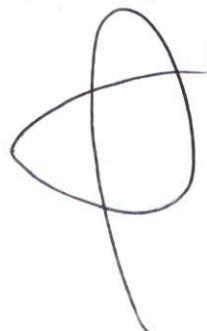
Samia ABDELALI
née le 06/05/1961

PARACETAMOL 1 g cp (DOLIPRANE 1000 mg Cpr Plq/8)

1 comprimé (voie orale) le matin, le midi et le soir pendant 5 jours si douleurs ou fièvre

BICLOTYMOLE 2,5 % sol p pulv bucc (HEXASPRAY Collutoire en flacon pressurisé Fl/30g)

1 pulvérisation (voie buccale) le matin, le midi et le soir pendant 5 jours



Pharmacie de CLOHARS
4 place Gal de Gaulle
06 FEV. 2023
29360 CLOHARS-CARNOET
29 2 02439 5 / 100

4, Pl. Général de Gaulle
29360 CLOHARS CARNOET
FRANCE
Tel: 0298715543
N° SIRET: 44463006500019
Code NAF: 4773Z - FR29444630065
N° Cpte: FR76 30003016800002063797577

FACTURE

N°7416/685802

Du 06/02/2023

Date de l'échéance 07/02/2023

ABDELALI Samia
199 bd biranzarane
resq el walida etage 3 app 10
29360 CLOHARS CARNOET

Prescripteur : AZZOLIN NATALIE

N° AM : 291058931

N° RPPS : 10002683372

Opérateur: Aline C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
HEXASPRAY COLLU FL PRESS 3400932779727	PHN	0	1	5,682	10,00%	5,68
N° Lots : 22267						
DOLIPRANE 1000 GELULES 8 3400941533969	PH7	0	2	1,136	2,10%	2,27
N° Lots : JX003						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
6,32	2,1% (4)	0,13	6,45
5,68	10% (10)	0,57	6,25
Total HT		Total TVA	
12,00		0,70	
		Total TTC	
		12,70	

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	12,70

Mode(s) de règlement	CB	12,70
Reste dû		0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0