

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

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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7907

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

TIKAT OMAR

Date de naissance :

03-06-1965

Adresse :

Rue 66 N° 100 Agbari

Tél. :

06 61 08 27 15 Total des frais engagés : 130,00 Dhs
93,87 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/12/2022

Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de l'œil

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] :

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
<i>H</i>	<i>G</i>		<i>130,81</i>	<i>[Signature]</i>
<i>15/12/2022</i>				

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE DE SOPHIA	Centre médical	Date	Montant de la Facture
Bachet du Pharmacien ou du Fournisseur DROGUERIE SOPHIA ANTIPOLIS		<i>20/12/2022</i>	<i>93,81 €</i>
Dr Marine FOSSEY	Finess 062029236		
Tél. 04 93 65 45 89	Fax 04 93 65 24 65		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

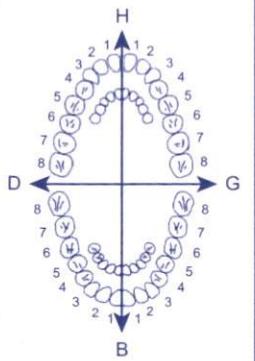
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

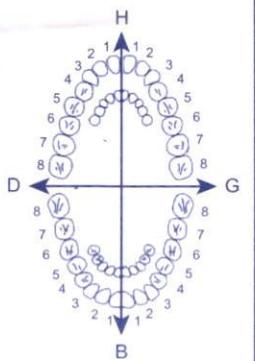


O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
-	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail
Médecine Générale

الدكتور المصطفى معاشو

اختصاصي في طب الشغل
الطب العام

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

- فحص بالصدى
- تخطيط القلب الكهربائي
- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين
- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 16. 1h. dodd

N° TIKAT Ouarar

Sif Rol 1,05 cpl p

144 de -

sif Rol 0,52 qL p

H de
03 nois

DR MAACHOU EL MOUTAFA
Spécialiste en Médecine du Travail
MÉDECIN GÉNÉRAL

1/4 1/2

Sheus av. Reg

13 FEV. 2023

PHARMACIE DE SOPHIA
1755, route des Dolines
06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS

Dr Marine FOSSEY
Tél. 04 93 65 45 89

Finesse 062029236
Fax 04 93 65 24 65

درب البلدية، زنقة القاضي العراقي 12 مكرر - الهاتف : 05 22 82 98 60 - 05 22 82 98 60

Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis - Tél. : 05 22 82 98 60 - E-mail: dr.maachou-m@hotmail.fr



SELAS PHARMACIE DA ROS
 Marine FOSSEY
 1755 Route des Dolines
 Centre médical de SOPHIA
 06560 VALBONNE SOPHIA
 ANTIPOLE
 FRANCE
 Tel: 0493654589 Fax: 0493652465
 Email: mfossey@totum.fr
 N° SIRET: 88388325800013
 Code NAF: 4773Z - FR71883883258

Page

1 / 1

FACTURE

N°7519/937600

Du 20/12/2022

Date de l'échéance 21/12/2022

TIKAT OMAR
 2 ave pythagore
 06560 VALBONNE

Prescripteur : MEDECIN MEDECIN

N° AM : 751714486

Opérateur: clothilde v

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
SIFROL 1,05mg Cpr LP Plq/30 3400939749785	PH7	0	3	15,984	2,10%	48,96
N° Ordonnancier : 1127253						
PRAMIPEXOLE SDZ 0,52 mg Cpr LP Plq/30 3400930012314	PH7	0	3	7,855	2,10%	24,06
N° Ordonnancier : 1127254						
MODOPAR 125 (100mg/25mg) Cpr sésb disp Fl/60 3400930066669	PH7	0	3	6,621	2,10%	20,28
N° Ordonnancier : 1127255						
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,51

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
91,88	2,1% (4)	1,93	93,81
Total HT		Total TVA	Total TTC
91,88		1,93	93,81

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	93,81

Mode(s) de règlement Règlements multiples (CB)	93,81
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euro

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom
 pharmaciedesophia.valbonne@totum.fr

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

REGLÉ
 PHARMACIE DE SOPHIA
 1755 route des Dolines-Centre médical
 06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLE
 Dr Marine FOSSEY
 Tel. 04 93 65 45 89
 (NF525) 124/2/FACTURATION/MVQZ/N/VMAN/JOUOU/2.14.1.3.R16-137/0/B525/0370-1/22899
 20 DEC. 2022
 Finess 062029236
 Fax 04 93 65 24 65