

## 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

- 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-793981

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 4615

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KINANI

OUAFAA

Date de naissance : 02/02/61

Adresse : Résidence Ransour, Rue Cadi Bakkar, Imm : E

Appr. : 2 3<sup>e</sup> étage

Tél. : 0661334933

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur T. PASQUESOONE  
Ophtalmologie  
Centre Hospitalier Duchenne  
62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX  
FINESS : 620000653  
RPPS : 10101785946

Date de consultation : 27/04/23

Nom et prénom du malade : LAMIAI OUAFAA

Age : 62

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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.

03 MAI 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 : Boulogne sur mer

Le : 27/04/23

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
27/4/23	A15,8,5		2610	Docteur V. LOISEAU
BGQBa2				Ophtalmologie
BQRPao3				Centre Hospitalier Buchenne 62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX FINESS : 620000653 RPPS : 10101625464

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PHARMACIE DE PARIS Constance POYER Docteur en Pharmacie 73, rue Chiers - 62200 BOULOGNE	27/4/23	68E35

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

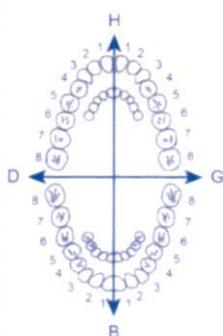
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

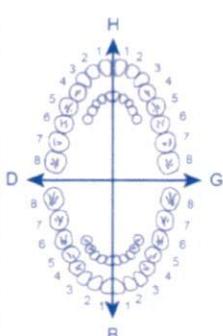
#### Important :

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      INP :



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



N° FINESS



6 2 0 0 0 0 6 5 3

**Dr F. MORITZ**

Praticien hospitalier  
Ophtalmologiste

N° RPPS



1 0 0 0 4 4 2 5 2 6 9

**Dr B. PINOCHE**

Praticien attaché  
Ophtalmologiste

N° RPPS



1 0 0 0 2 2 7 2 8 8 7

**Dr H. BOUDIN**

Praticien hospitalier  
Ophtalmologiste

N° RPPS



1 0 1 0 0 5 6 4 8 9 6

**Dr M. LANDRIEUX**

Praticien hospitalier  
Ophtalmologiste

N° RPPS



10101232246

**Dr T. PASQUESOONE**

Assistant spécialiste  
Ophtalmologiste

N° RPPS



10101785946

**Dr G. MOMAL**

**Dr V. LOISEAU**

**Dr M. CHAMBONNET**

Docteurs juniors  
Ophtalmologistes

**C. BELHADIA**

**F. BODART**

**E. BOULERT**

**A. CHIARELLO**

**P. FOURNEL**

**N. OULD BOUAMAMA**

Internes d'ophtalmologie

**Mme F. LOMON**

**Mme C. SUEUR**

**Mr A. SERGENT**

**Mme J. DUWAT**

**Mme P. LUYSSAERT**

Orthoptistes

**CH DOCTEUR DUCHENNE - SERVICE D'OPHTALMOLOGIE**

B.P. 609 62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX

■ : +33 3 21 99 38 39 Fax : +33 3 21 99 37 33 Courriel : [ophtalmologie@ch-boulogne.fr](mailto:ophtalmologie@ch-boulogne.fr)

Demande de RDV en ligne <http://www.ch-boulogne.fr/rdv-oph>

Messagerie sécurisée en santé : [ophtalmologie.ch-boulogne@medical62.apicrypt.org](mailto:ophtalmologie.ch-boulogne@medical62.apicrypt.org)

Boulogne sur Mer, le jeudi 27 avril 2023

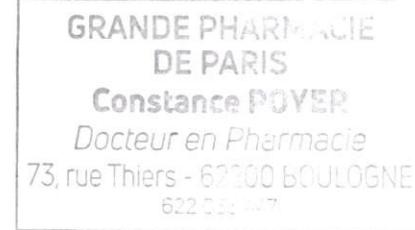
**Madame Ouafaa LAMNIAI**

- **DULCILARMES flacon :**  
1 goutte x 4 à 6/j

*Uismed Gel 1 application  
le soir.*

Dans les 2 yeux  
QSP 1 mois  
A renouveler 11 fois

Docteur Thibault PASQUESOONE, ophtalmologiste.



SELAS GRANDE PHARMACIE DE PARIS  
 au capital social de 16000 euros  
 Constance POYER  
 73 Adolphe Thiers  
 62200 BOULOGNE-SUR-MER  
 FRANCE  
 Tel: 0321314437  
 N° SIRET : 44807724800020 - N° SIREN : 448077248  
 TVA Intracommunautaire : FR00448077248  
 RCS : 448.077.248 - Ville de greffe : BOULOGNE SUR MER  
 Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°2436/783610

Du 27/04/2023

Date de l'échéance 28/04/2023

KINANI Ouafa  
 7 IMP DU PETIT RUPEMBERT  
 62126 WIMILLE  
 FRANCE

Prescripteur : MEDECIN FICTIF Fictif  
 N° AM : 621999937  
 Opérateur: \_ C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
VISMED GEL MULTI 15ML 3664490000222	AAD	0	6	8,517	20,00%	51,10
DULCILARMES 1,5% COL UNIDOSE 60 3400927956478	PH7	0	1	5,387	2,10%	5,39
N° Lots : 10185						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
6,89	2,1% (4)	0,15	7,03
51,10	20% (6)	10,22	61,32
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>57,99</b>		<b>10,37</b>	<b>68,35</b>

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	68,35

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	68,35
<b>Reste dû</b>	<b>0,00</b>

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 6: taux 20.0

(NF525) 104//1/FACTURATION/FACTURE/IMRNU/UZNV/N/KYRJ/2.20/2.20.2.1.P0/1/B525/0370-3/143344