

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-793981

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4615 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KINANI OUAFAA

Date de naissance : 02/02/61

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

App. : 2 3ème étage

Tél. : 0661334933 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur T. PASQUESOONE
Ophtalmologie
Centre Hospitalier Duchenne
82321 BOULOGNE SUR MER CEDEX
FINISS : 62000653
RPPS : 10101785946

Date de consultation : 27/04/23

Nom et prénom du malade : KINANI 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
22/4/23	AN 8, S BGRB2 BOQPO3	2110 Docteur T. PASQUESOONE Ophtalmologie Centre Hospitalier Duchenne 62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX FINESS: 620000653 RPPS: 10101785946	2110 Docteur V. LOISEAU Ophtalmologie Centre Hospitalier Duchenne 62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX FINESS: 620000653 RPPS: 10101625484	

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 Thiers - 62200 BOULOGNE 622 033 447	22/4/23	68€35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CH DOCTEUR DUCHENNE - SERVICE D'OPHTALMOLOGIE

B.P. 609 62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX

Tel : +33 3 21 99 38 30 Fax : +33 3 21 99 37 33 Courriel : 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

Boulogne sur Mer, le jeudi 27 avril 2023

N° FINESS



Dr F. MORITZ

Praticien hospitalier

Ophtalmologiste

N° RPPS



Dr B. PINOCHE

Praticien attaché

Ophtalmologiste

N° RPPS



Dr H. BOIDIN

Praticien hospitalier

Ophtalmologiste

N° RPPS



Dr M. LANDRIEUX

Praticien hospitalier

Ophtalmologiste

N° RPPS



Dr T. PASQUESOONE

Assistant spécialiste

Ophtalmologiste

N° RPPS



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

Madame Ouafaa LAMNIAI

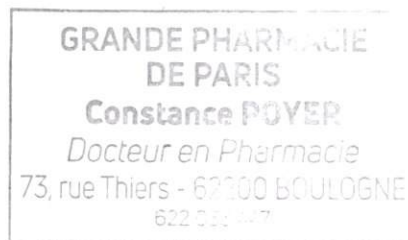
• DULCILARMES flacon :

1 goutte x 4 à 6/j

• Vismed Gel 1 application
le soir.

Dans les 2 yeux
QSP 1 mois
A renouveler 11 fois

Docteur Thibault PASQUESOONE, ophtalmologiste.



60E35

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 N° Lots : 10185	PH7	0	1	5,387	2,10%	5,39
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
Total HT		Total TVA	Total TTC
57,99		10,37	68,35

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

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	68,35

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

GRANDE PHARMACIE
DE PARIS
Constance POYER
Docteur en Pharmacie
73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE
622 033 447

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0