

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.

N° W21-772372

159260

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4615	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KINANI DUAFAA			
Date de naissance : 02/02/61			
Adresse : Résidence Mansour, Imme. E. Appt. 2, Rue Kadi Bakkar			
Tél. : 06 61 33 49 33	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

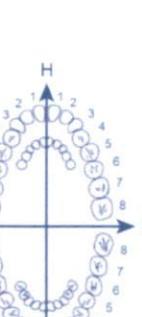
Cadre réservé au Médecin	Pôle spécialités médicales et oncologiques
Cachet du médecin : 	Unité de Maladies Infectieuses
	Secrétariat
	Tél. : 03.20.44.57.43
	Fax : 03.20.44.57.39
Date de consultation : 04/04/2023	CHU Lille-Hôpital Claude HURIEZ
Nom et prénom du malade : KINANI DUAFAA	59007 LILLE CEDEX
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Age: 61
Nature de la maladie : Transplantation hépatique	03 MAI 2023
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 PARIS LILLE Le : 04/04/2023
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
9/4/23	consultation		60€	Unité de Maladies Infectieuses INP : Secrétaire Tel : 03.20.44.57.43 Fax : 03.20.44.57.39 CHU Lille-Hôpital Claude HURIEZ 59037 LILLE CEDEX
4/4/23	parasurveillance		40€	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PI DE P.	25.6.13	71,54 €
La Pharmacie		
73 rue de Tiers - 92200 BOULOGNE		

ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Centre et Hôpital C. Huriez	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
Chambre de l'Etat Laboratoire et de Radiologie				
Consultation				
UF 2228 - Pr Hachulla	04/04/2023	AN. 1,5	40€	
Tel : 03-20-44-49-37				
Fax : 03-20-44-42-29				

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000																		
35533411																		
B	11433553																	

FACTURE

N°2432/783445

Du 25/04/2023

Date de l'échéance 26/04/2023

KINANI Ouafa
7 IMP DU PETIT RUPEMBERT
62126 WIMILLE
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN FICTIF Fictif

N° AM : 621999937

Opérateur: CONSTANCE P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
REPEVAX SER S/A 0,5ML 1 3400936873971	PH7	0	1	21,244	2,10%	21,24
N° Lots : U3N311V						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
PREVENAR VACCIN PNEUM POLYO 3400939901152	PH7	0	1	49,265	2,10%	49,27
N° Ordonnancier : 121749						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

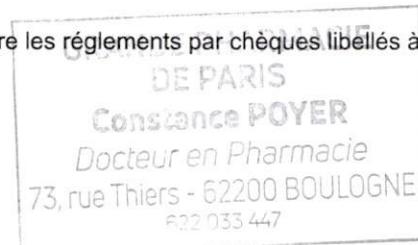
Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
73,01	2,1% (4)	1,53	74,54
Total HT		Total TVA	Total TTC
73,01		1,53	74,54

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	74,54

Mode(s) de règlement Règlements multiples (CB)	74,54
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

Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Karine RAUET

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement n° AM, FINESS ou SIRET)

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille
Service de Maladies infectieuses

TEL : 03.20.44.57.43
FAX : 03.20.44.57.39

Hôpital Claude Huriez

N° FINESS

590611279

Identification du patient

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

me KINANI Soufia

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

Lille, le

- PREVENAR 13 : une injection puis PNEUMOVAX 1 injection 8 semaines après (Pneumocope)
- PNEUMOVAX : une injection
- Vaccin antigrippal : une injection annuelle
- Vaccin dTcAP: une injection (Diphthérié-Tétanos-Bolio-Caprelucine)
- Vaccin dTP: une injection
- Vaccin Méningocoque ACYW: 2 injections à 6 mois d'intervalle
- Vaccin Méningocoque C: une injection
- Vaccin Méningocoque B: 2 injections à un mois d'intervalle
- Vaccin *Haemophilus b*: une injection
- Vaccin VHB (rappel): une injection à 20µg
- Vaccin VHB: 2 injections à 20µg espacées d'1 mois et 3^{ème} injection à 6 mois
- Vaccin VHB (schéma accéléré): 3 injections à 20µg à J0, J7 et J10, rappel à 12 mois
- Vaccin VHB: 3 injections à 40µg espacées d'1 mois et 4^{ème} injections à 40µg à 6 mois
- Vaccin VHA: 2 injections à 6 mois d'intervalle
- Vaccin HPV nonavalent: 2 injections espacées de 6 mois
- Vaccin HPV nonavalent: 2 injections espacées d'1 mois et 3^{ème} injection à 6 mois



Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)