

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3078	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bouhenni Khalid		Date de naissance : 30/09/1947	
Adresse : Residence 44 Avenue Rue 6 M. EL SULFA			
Tél. : 0650397134		Total des frais engagés : 129,10 € Dhs	
Cadre réservé au Médecin Dr. BENNIS Khalid HEPATO GASTRO ENTHROLOGIE PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE Rés. Mawlid 4 Angle Rd. Abdellah Jdid et Rd. Achiqil 7 Tél. 05 22 08 41 16			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/04/2023			
Nom et prénom du malade : Bouhenni Khalid			
Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cardiase solaire			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
20.04.23	consulte gratuit			INP : <u>111111111111111111</u> Dr. BENNIS KHAUD DATE CASTIGLIONE ENTREPRISE N° 14 Ad. Abdellah JEDDOU 11 16 ca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Forez 21, Avenue du Forez 78310 MAUREPAS Tél. : 01 30 50 56 95 Fax : 01 30 50 90 78 N° ID 782014005	28/04/93	121,47 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ D & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} G $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
					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

pharmacie du forez PHARMACIE DU FOREZ
 au capital social de 1 euros
 MME HACAUT
 21 AVENUE DU FOREZ
 78310 MAUREPAS
 FRANCE
 Tel 0130505695 Fax: 0130509076
 Email: equipeforez@gmail.com
 N° SIRET : 80912652700013 - N° SIREN : 809126527
 TVA Intracommunautaire : FR86809126527
 RCS : 809126527 - Ville de greffe :
 Code NAF/APE : 4773Z

Page 1 / 1

DUPLICATA FACTURE

N°7824/621809

Du 13/01/2023

Date de l'échéance 14/01/2023

BOUHMIDA KHADIJA

78310 MAUREPAS

Prescripteur : ETRANGER Medecin
 Opérateur : AURELIE C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
DELURSAN 500MG CPR SEC 60 3400921931211 N° Ordonnancier : 828583	PH7	0	3	40,656	2,10%	121,97
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
122,47	2,1% (4)	2,57	125,04
Total HT		Total TVA	Total TTC
122,47		2,57	125,04

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	125,04

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB)	125,04
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

PHARMACIE DU FOREZ
 21 AVENUE DU FOREZ
 78310 MAUREPAS
 RCS 809126527
 Ville de greffe :
 Code NAF/APE : 4773Z

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4 taux 2,1

CARTE BANCAIRE

A0000000421010

CB INVENTIVE

le 26/04/23 à 13:22:52

SELARL PHARMACIE

78310

MAUREPAS

2477424 30002

Siret 80912652700013

xxxxxxxxxxxx8789

99D9C23BF99F3FB1

001 000002 C @

No AUTO:021046

MONTANT: 129,40 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER