

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° 09-05 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0018651

173366

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9565 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASSOUD MOHAMED SABO

Date de naissance : 11/01/1973

Adresse : 38, Rue 817 our tout le Bourgogne CASABLANCA

Tél. 06 61 15 62 36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALCM Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 30/08/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 12/07/2023

Melle MASSOUN Kawtar

Capteurs pour FreeStyle 2

2 capteurs par mois (pendant 03 mois)

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca
Tél. : 0522 8641 76 - 0522 86 56 34

well & well
Pharmacie du Parc
Sophie ZERBIB
21 Rue Pommerat
75012 PARIS
Tél. : 01.53.33.01.02
75 2039537
le 28/08/2023

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEIDER
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT
Tél : 01 53 33 0102
N : 75202957
Délivrance : 28/08/2023
NFS : 40369
Uttl: G RC:
8 X 3664592000106 FREESTYLE LIBRE 2 Capteur
BR 40,00 0 %HD 0,00 PU 40,00
RD 0,00 E RC 0,00 E AS 320,00 E Tht32 320,00 E

ORIGINAL

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT
France
Tel : 01 53 33 0102
Fax :
Email : lapharmacieduparc@orange.fr

MASSOUN KATAR - 118460

*

**

MASSOUN KATAR - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2023058986 du 28/08/2023

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3664592000106	FREESTYLE LIBRE 2 Capteur	8	40,00	37,915	0,00 %	303,318	5,50 %

Nombre de lignes : 1

Solde de votre compte : 0,00 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
5,50 %	303,32			303,32	16,68	320,00 €

Règlements

Espèces 320,00 €

well & well
Pharmacie du Parc
Sophie ZERBIB
21, rue de Pommard
75012 PARIS
Tél. : 01.53.33.01.02
75 2 03953 7

Acquittée

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.

Montant total HT	303,32 €
Montant total TVA	16,68 €
Montant total TTC	320,00 €
Net à payer	320,00 €
Date d'échéance	28/08/2023

dont éco-taxes 0,80 €