

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-621800

70440 Euros

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AJAL OTDAME

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE OURDOUANE HAYA RAHA
CASA

Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 63,42 Euros

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 :

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 reconnais avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Paris Le : 11 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ARMAGIE DU RUGBY
 Cachet et signature du Pharmacien
 Dr V. NGUYEN
 55, rue Paul Hochart
 94240 L'HAY LES ROSES
 01 46 86 48 02 - Fax: 01 46 87 63 42
 94 2 01464 8

Date	Montant de la Facture
27/03/2021	63,42€

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

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"/>

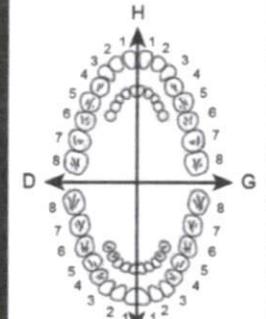
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

PHARMACIE DU RUGBY
V. Nguyen DOCTEUR EN PHARMACIE
55 rue paul hochart
94240 L HAY LES ROSES
Tel: 0146864802
N° SIRET: 52208873100016
Code NAF: 4773z - FR27522088731
FRANCE

FACTURE

N°7065

Du 27/03/2021

Date de l'échéance 28/03/2021

AJAL Otmane
10 rue docteur bourie avenue sur horge
94310 ORLY

Opérateur: Yanicka C

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ELIQUIS 5MG CPR BT 60 3400926784102	1	61,117	2,10%	61,12
Honor. dispens. HD7	1	0,999	2,10%	1,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
62,12	2,1% (4)	1,30	63,42
Total HT		Total TVA	Total TTC
62,12		1,30	63,42

Mode(s) de règlement
Règlements multiples (CB) <input type="text" value="63,42"/>

Reste dû <input type="text" value="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 RUGBY
D^r V. NGUYEN
55, rue Paul Hochart
94240 L'HAY LES ROSES
Tél.: 01 46 86 48 02 - Fax: 01 46 87 63 42
94 2 01464 8

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

Dr. Saïd CHRAIBI
 Professeur en Cardiologie
 de la Faculté de Médecine
 de Casablanca
 Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève
 Spécialiste des maladies du cœur
 et des vaisseaux
 Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
 Hypertension artérielle - Echographie Doppler
 siteur tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort

الدكتور سعيد الشرايبي
 استاذ في أمراض القلب
 طبيب سابق بمستشفيات جنيف
 أخصائي في أمراض القلب والشرايين
 وارتفاع الضغط الدموي
 المسر بالصدر الهولتر فحص بالجهود

Casablanca le _____

N. Ajal obumano
960,00

ABK7617
 04.2022

ELIQUIS 5MG 60 CPS
 P.P.V : 960DH00

ABH9642
 04.2022

ELIQUIS 5MG 60 CPS
 P.P.V : 960DH00

LOT: ABH9642
 EXP: 04.2022

ELIQUIS 5MG 60 CPS
 P.P.V : 960DH00

Pharmacie Al Amana
 Mme. Alami Soumi Samira
 Docteur en Pharmacie
 13, Rue Amiens Beauséjour
 Casablanca - Tél: 05 22 39 09

Maghar
 Rue 19, Route Casère 111,
 Casablanca Ain elbba Casablanca
 Créateur 10mg 60 par
 P.P.V : 125,76 Dh
 6178001 18311

Pharmacie CHRAIBI Saïd
 étage, n°501 (au dessus du café Le Medina), Cas
 الكس : 05 22 86 04 46 - 05 22 86 04 46 - Urgences : 06 64 476 471, المستعجلات - Tél/Fax : 05 22 86 04 46 - 05 22 86 04 46

FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Médicament autorisé n° 3400926784102
 Uniquement sur ordonnance

3400926784102

PC 03400926784102
 SN 1104563275457
 Lot EJ3096
 EXP 07/2023

