

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-579055

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : **00633**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADOUAD M'HAMED

Date de naissance :

11 - 12 - 1943

Adresse :

256 Bd DE BORDEAUX EIG 5 APP 10

Tél. : **05 22 26 80 80**

Total des frais engagés : **106,53 €**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14-08-2021

Nom et prénom du malade :

BAZIB LAHILA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Ves de l'asthme

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 : **CASA/BASSICA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **14-08-2021**



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
SELARL PHARMACIE DU MARCHÉ Dr RAYHANE Naima Tel.: 01 46 80 02 43 - Fax : 01 46 81 40 46 108 avenue Paul Vaillant Couturier 94400 Vitry-sur-Seine 01 42 508 467 Crétteil 06 791	1008.22	106,53

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

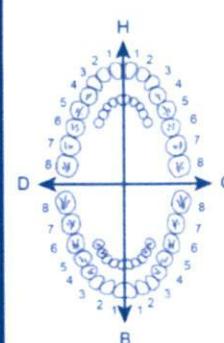
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

le 14-08-2021

by m Laâbiha Bazib

Cervix Infection

25 boîte



SELARL PHARMACIE DU MARCHÉ
Dr RAYHANE Naïma
Tél. : 01.46.80.02.43 - Fax : 01.46.81.30.46
108 avenue Paul Vaillant Couturier
94400 Vitry-sur-Seine
R.C.S. : 842 508 467 Créteil
CPAM : 94 2 016 791

2 X 52,04 €

Dr AIT BAHOU Khadija
Anesthésiste-Réanimateur
polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél. : +212 522 27 94 94 | Fax : +212 522 27 90 00
CNSS : 2347450 | Patente : 35508655 | IF : 01020723 | ICE : 002052274000046

CASA. b. 28/08/2021

AOUAD M'HAMED
M. 0683

M.R. le President de la MUPRAS

Monsieur,

Je vous prie à votre connaissance que ma défunte femme
jandat par dernier Séjour à l. Clinique Atlas du medecin
traitant lui a prescrit un vitamine Genivit pour se
prémunir et je demande que elle souffrait d'un Néo de
l'estomac.

Je vous prie de bien vouloir donner votre accord
pour le remboursant de cette prescription.

Veuillez agréer Monsieur le President, l'expression
de mes salutations les plus respectueuses.

Signe AOUAD M'HAMED



PHARMACIE DU MARCHE
 Naima LAHRECH
 108 avenue Paul Vaillant Couturier
 94400 VITRY SUR SEINE
 Tel: 0146800243
 N° SIRET: 34252846700011
 Code NAF: 4773Z - FR02842508467
 FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: AOUAD SARRA				
Ordonnance 256661				
3400335657190	4	2	52,04	104,08
DERNEVIT PDR SOL INJ 5%L BT 10(402176)				
Du(s): 2x				
	4	2	1,02	2,04
Honor. cispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. cispens. HDR				
Total TTC				106,63

Vente Directe

4030300002639	6	1	3,90	3,90
VICKS BONBON TRIPLE ACTION 72G				
Total TTC				3,90
A Payer				110,53

TOTAL A PAYER : 110,53 (725,03F)
 Montant HT : 107,63

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	104,437	2,193	106,63
	6	20,00	3,250	0,650	3,90

CB : 110,53

Le 15/08/2021 à 12h55 - Op. : 3 Auguste
 Montants exprimés en Euros

A BIEN TCT
 MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 104125/416977 B17/0106-R2
 127/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AANC/AAME
 /2.13.1.2.R6-14E/1