

# 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.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19-

054590

0938

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 763 Société : RETRAITE

Actif  Pensionné(e)  Autre : EL GANOUNI M' EL HASSAN

Nom & Prénom : EL GANOUNI M' EL HASSAN Date de naissance : 8 12

Adresse : 13, Rue des Vanneaux OASIS

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dottor Géraldine QUINTIN  
Médecin Généraliste  
3 bis rue des Ecoles  
78400 CHATOU  
Tél. 01 39 78 60 40  
78 1 15894 4

Date de consultation : ..... / ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : SCALLY Khaddouj Age : 21.11.46

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sinusite

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) : .....

## 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
27/09/2021	Consultation généraliste		25 euros	 <p>Dr. Quintin 78400 Chartres Tél. 01 39 76 00 49 78 1 15804</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>1981 avenue du Maréchal Foch 78400 Chartres Tél. : 01 39 53 00 00 Siret: 44 036 590 00014 mail : pharmacie.pelouli.rey@voila.fr</p>	27/09/21	40,76 €

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

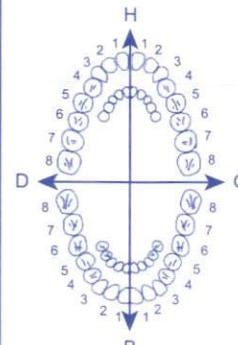
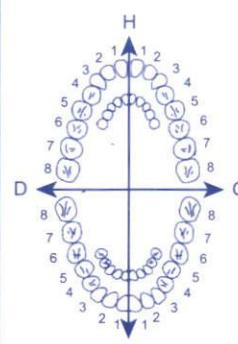
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
DATE DU DEVIS				Date du Devis
DATE DE L'EXECUTION				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Géraldine QUINTIN

-----  
SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE  
DIU ACCUEIL DES URGENCES EN SERVICE DE PEDIATRIE  
-----

N° RPSS



10100193258

3 bis rue des Ecoles – 78400 Chatou  
Tél : 01 39 76 69 49  
-----

Sur rendez-vous – Conventionnée Secteur I

CHATOU, le 27/09/2021

Madame SCALLY Khaddouj

LAVAGE DE NEZ

PIVALONE SUSP NAS PULV 10ML (Tixocortol pivalate)

1 pulvérisation 2 à 3 fois par jour dans chaque narine pendant 5 à 6 jours. Se moucher soigneusement au préalable.

1,79

AUGMENTIN 500MG/62,5MG AD CPR 24 (Amoxicilline + acide clavulanique)

1 dose de 2 comprimés matin, midi et soir au début des repas dans un demi-verre d'eau pendant 7 jours.

14,19

STODALINE SP S/S 200ML

1 graduation de 15 ml du godet-doseur 3 à 5 fois par jour pendant 1 à 7 jours.

5,90

PROBIOLOG ATB GELUL 10

1 Boîte.

8,90

H. D 1.02  
H. D 3.06

→ 40,76

~~Docteur Géraldine QUINTIN  
Médecin Généraliste  
3 bis rue des Ecoles  
78400 CHATOU  
Tél. 01 39 76 69 49  
78 1 162047~~

Amoxicilline/ *Acide clavulanique* Sandoz®  
Acide clavulanique Sandoz®  
**500 mg/62,5 mg**  
Adultes *7/10 ans*

Amoxicilline/  
Acide clavulanique Sandoz®  
**500 mg/62,5 mg**

Amoxicilline/  
Acide clavulanique Sandoz®  
**500 mg/62,5 mg**  
Adultes



**PLUS**  
FERMENTS LACTIQUES  
LEVURE

12 GÉLULES

Tixocortol  
Zentiva®  
suspension nasale

**1%**

Voie nasale  
Flacon blanc  
de 10 ml.

**Eau de mer  
isotonique**  
Biogaran conseil®  
lavage nasal  
Solution pour pulvérisation  
nasale  
Spray de **100 mL**

**STODALINE®**  
SANS SUCRE

## Docteur Géraldine QUINTIN

SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE  
DIU ACCUEIL DES URGENCES EN SERVICE DE PEDIATRIE

N° RPPS



10100193258

3 bis rue des Ecoles – 78400 Chatou  
Tél : 01 39 76 69 49

Sur rendez-vous – Conventionnée Secur

CHATOU, le 27/09/2021

Duplicata ne permettant pas la délivrance de médicaments

Madame SCALLY Khaddouj

LAVAGE DE NEZ

PIVALONE SUSP NAS PULV 10ML (Tixocortol pivalate)

1 pulvérisation 2 à 3 fois par jour dans chaque narine pendant 5 à 6 jours. Se moucher soigneusement au préalable.

AUGMENTIN 500MG/62,5MG AD CPR 24 (Amoxicilline + acide clavulanique)

1 dose de 2 comprimés matin, midi et soir au début des repas dans un demi-verre d'eau pendant 7 jours.

STODALINE SP S/S 200ML

1 graduation de 15 ml du godet-doseur 3 à 5 fois par jour pendant 1 à 7 jours.

PROBIOLOG ATB GELUL 10

1 Boîte.

Pharmacie de l'Ecole  
78400 Chatou  
9,81 Avenue du Marché Foch  
Tél : 01 39 52 00 62  
Siret : 444 038 590 00014  
mail : pharmacie.bellouit.rey@voila.fr

Docteur Géraldine  
Médecin Généraliste  
3 bis rue des Ecoles  
78400 CHATOU  
01 39 76 69 49  
10100193258



**PHARMACIE DE L'ECOLE**  
**BELLOUTI AGOUR-REY**  
**79-81 Av du maréchal Foch**  
**78400 CHATOU**  
**France**

N° SIREN : 444038590  
 N° TVA intracommunautaire : fr44403859000014  
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0139520062

\*SCALLY Khaddouj

131 -81 Av du maréchal Foch  
 78400 CHATOU  
 France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 5 DOM

**Facture n° 79970 du 27/09/2021 - vente n° 121092700103**

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3016857 8	TIXOCORTOL ZTV SUSP NAS PULV 10ML	1	1,753	1,75	2,10	1,79
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3608908 2	AMOX/AC CLAV SANDOZ 500MG 16CP	3	4,633	13,90	2,10	14,19
	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
34009 2799941 3	STODALINE SP S/S 200ML	1	5,364	5,36	10,00	5,90
34015 6024829 6	PHYSIONORM PLUS GELUL 12	1	8,436	8,44	5,50	8,90
36147 7000008 4	EAU DE MER BGR CONS ISOTONIQ 100ML	1	4,917	4,92	20,00	5,90
Totaux		7		38,37 €		40,76 €

Banque: banque populaire

IBAN: FR76 1470 7000 0131 3218 5820 210

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	19,65	0,41	20,06
5,50	8,44	0,46	8,90
10,00	5,36	0,54	5,90
20,00	4,92	0,98	5,90
Totaux	38,37	2,39	<b>40,76</b>

Part principale		Part assuré	40,76
Part complémentaire			

**Net à payer** **40,76**

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 27/09/2021

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

**Pharmacie de l'Ecole**  
 79-81 AVENUE DU MARÉCHAL FOCH  
 78400 Chatou  
 TEL : 01 39 52 00 62  
 Mail : [pharmacie.bellouti.rey@voile.fr](mailto:pharmacie.bellouti.rey@voile.fr)