

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.

106198

10.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7462	Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NABIL DAoud		
Date de naissance : 11.08.1963		
Adresse : 31 Avenue Hassan Soubraa, OASZA		
Tél. : 0661 31 66 64	Total des frais engagés : 132 Euros Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **casab** Le : **20/12/2021**

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAINT GÖME ELARL Pharmacie JEANNE 182 Avenue de Versailles 75016 PARIS 01 42 88 48 18 73 2 04269 0	17/12/21	132,81

ANALYSES - RADIGRAPHIES

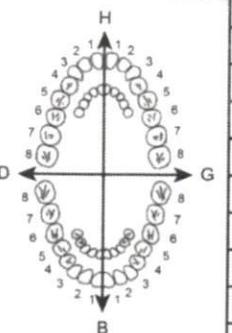
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

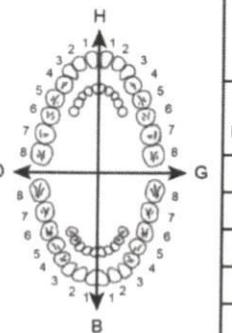
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Identification du prescripteur

Docteur F. PICARD

RPPS : 10100900363

Service de Cardiologie
Hôpitaux universitaires Paris Centre – Site Cochin
Tel : 01 58 41 18 62
Fax : 01 58 41 16 05

Identification du malade

Mr DAOUD Nabil

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

- LIPTRUZET 80/10 : 1 par jour
- KARDEGIC 75 : 1 par jour
- BISOPROLOL 2.5 : 1 par jour
- PANTOPRAZOLE 20mg : 1 par jour en cas de brûlures d'estomac
- STILNOX 10mg : 1 le soir en cas d'insomnies

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**

QSP 6 mois

le 16/12/2021

Dr Fabien PICARD

Docteur F. PICARD
RPPS : 10100900363
Service de Cardiologie
Hôpitaux Universitaires Paris Centre - site Cochin
Tél. : 01 58 41 16 59 / Fax 01 58 41 16 05



Liptruzet® 10 mg/80 mg

comprimé pelliculé

ézétimibe/atorvastatine



PC : 03400928005786
SN : 137381109702
EXP 05-2023
Lot U037119

30 comprimés pelliculés





Liptruzet® 10 mg/80 mg

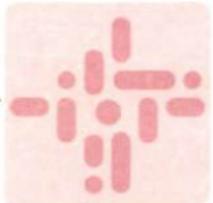
comprimé pelliculé

ézétimibe/atorvastatine



PC : 03400928005786
SN : 137381109702
EXP 05-2023
Lot U037119

30 comprimés pelliculés





Liptruzet® 10 mg/80 mg

comprimé pelliculé

ézétimibe/atorvastatine



PC : 03400928005786
SN : 137381109702
EXP 05-2023
Lot U037119

30 comprimés pelliculés



CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

POSOLOGIE :

MATIN

MIDI

SOIR

REPAS



PANTOPRAZOLE ZENTIVA
+ GROSSESSE = INTERDIT

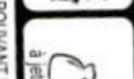
Ne pas utiliser chez la femme enceinte



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



PENSEZ
AU TRI !



à jeter



étaux carton,
plastiques, métal
verre

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >
WWW.CONSIGNEDETFR.FR

VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

SN 13922K8EE5WEAH

CIP 03400938781052

EXP 03.2024

LOT AR16PG



CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

POSOLOGIE :

MATIN

MIDI

SOIR

REPAS



PANTOPRAZOLE ZENTIVA
+ GROSSESSE = INTERDIT

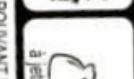
Ne pas utiliser chez la femme enceinte



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



PENSEZ
AU TRI !



à jeter



étaux carton,
plastiques, métal
verre

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >
WWW.CONSIGNEDETFR.FR

VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

SN 13922K8EE5WEAH

CIP 03400938781052

EXP 03.2024

LOT AR16PG



CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

POSOLOGIE :

MATIN

MIDI

SOIR

REPAS



PANTOPRAZOLE ZENTIVA
+ GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte



médicaments
non utilisés
à rapporter
en pharmacie



PENSEZ
AU TRI !



à jeter



à recycler

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >
WWW.CONSIGNEDETFR.FR

VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

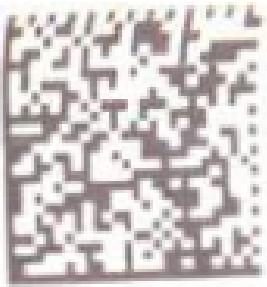
SN 13922K8EE5WEAH

CIP 03400938781052

EXP 03.2024

LOT AR16PG





PC 03400935314369
SN 2R9T6P1T33
Lot 8124123
EXP 03/2024

BisoCé Gé

2,5 mg

JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)
No : 49747
PHARMACIE SAINT COME 75 2 04263 0
182 AVENUE DE VERSAILLES JEANNE Emilie
75016 PARIS Tel: 01.42.88.48.18
Mail: DAOUD Nabil
Ne le: 11/08/1963 Rang: 1
00000 MAROC Nature: Exo:
Dr : PICARD FABIEN No: 750100166
Ordon du: 17/12/21 Deliv du: 17/12/21
AMO:
Vendeur : B
QTE-----Produits-----P.U---(Base)--Hon--Taux
3 LIPTRUZET 10MG/80MG CPR 30 31,09 1,02 65%
34009 2800578 6 Ordo: 000073524
1 BISOCE GE 2,5MG CPR SECABLE 11,49 2,76 65%
34009 3531436 9 Ordo: 000073525
3 PANTOPRAZOLE 20MG ZENTIVA CP 5,03 1,02 65%
34009 3878105 2 Ordo: 000073526
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0,51 70%
HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE 3,57 70%

TOTAL FACTURE : 132,81 7 Produits
MONTANT A.M.O : 0,00 MONTANT A.M.C : 0,00
Paye par l'assure : 132,81



PHARMACIE SAINT COME
JEANNE Emilie
182 AVENUE DE VERSAILLES
75016 PARIS

Identifiant : 75 2 04263 0

Tél. : 01.42.88.48.18

Email : pharmasaintcome@gmail.com

DAOUD Nabil
00000 MAROC

Banque : 1

IBAN : 1

Justificatif de vente n° 119938 du 17 décembre 2021

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400928005786	LIPTRUZET 10MG/80MG CPR 30	2,10	31,09	3	93,27
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
3400935314369	BISOCE GE 2,5MG CPR SECABLE 90	2,10	11,49	1	11,49
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	2,76	1	2,76
3400938781052	PANTOPRAZOLE 20MG ZENTIVA CPR 28	2,10	5,03	3	15,09
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	2,10	3,57	1	3,57

reçue le 17.12.21
PHARMACIE SAINT COME
SELARL Pharmacie JEANNE
182 Avenue de Versailles
75016 PARIS
01 42 88 48 18
75 2 04263 0

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	130,08	2,73	132,81
Total	130,08	2,73	132,81

Part Principale €		Part Assuré €	132,81
Part Complémentaire €			

Net à payer 132,81 euros