

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° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bunette French ep. Glenn

Date de naissance :

13/08/91

Adresse :

Residence jasmin ESD
45 Bd Ghazi Elou

Tél. : 0662550695

Total des frais engagés : Euro 191,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation :

04/10/2022

Nom et prénom du malade :

Bunette French ep. Glenn Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Glaucome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

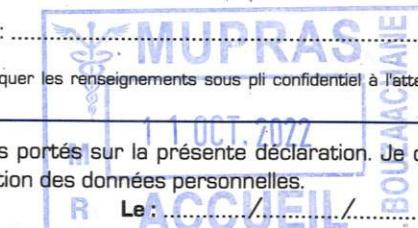
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Glenn



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

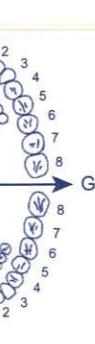
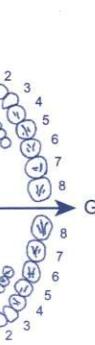
AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

PHARMACIE DE BABYLONE
 MME AMAR
 6 RUE DE BABYLONE
 75007 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0145485424
 N° SIRET: 40356113700014
 Code NAF: 4773Z - FR39753330430

Page 1 / 1

FACTURE

N°2888/318711

Du 04/10/2022

Date de l'échéance 05/10/2022

SLAOUI FRANCOISE
 39 AVE DUQUESNE
 75004 PARIS

Prescripteur : *
 N° AM : 750000481
 Opérateur: SABRINA S

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Oté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CARTEOL LP 2% COLLYRE FL/3ML 3400935789525	PH7	65	6	5,553	2,10%	33,
N° Ordonnancier : 356167						
Honor. dispens. HD7	HD7	65	6	0,999	2,10%	5
MONOPROST 50MCG COLLY DOSE 30 3400926738266	PH7	65	6	8,599	2,10%	51
N° Ordonnancier : 356168						
Honor. dispens. HD7	HD7	65	6	0,999	2,10%	5
Honor. dispens. HDR	HDR	65	1	0,500	2,10%	0
Honor. dispens. HDA	HDA	65	1	1,550	2,10%	1

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant T
98,95	2,1% (4)	2,08	101
Total HT		Total TVA	Total T
98,95		2,08	101

Part AMO	65,67
Part AMC	0,00
Part Client	35,36

Mode(s) de règlement
Règlements multiples (Crédit, Remb. AMO)
101,

Montants exprimés en

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

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

Centre hospitalier
National d'Ophtalmologie des
Quinze-Vingts

28, rue de Charenton
75571 Paris cedex 12
Tel : 01 40 02 15 20



N° FINESS



750000481

CENTRE DU GLAUCOME

Tél : 01 40 02 16 18
(de 9h30 à 12h30)
Fax : 01 40 02 16 31
Mail : glaucome@15-20.fr

IPP: 1464508

Nom: SLAOUI

Prénom: FRANCOISE

Nom de naissance: BURETTE

Date de naissance: 13/08/1941

Paris, le 04/10/2022

ORDONNANCE

- CARTEOL LP 2% Collyre unidose

1 goutte matin _dans les deux yeux
6 mois

- MONOPROST Collyre unidose

1 goutte le soir au coucher _dans les deux yeux
6 mois

Docteur THOMAS BOUAZIZ
Ophtalmologiste

N° RPPS



10001894703

PHARMACIE DE BABYLONE

6 RUE DE BABYLONE

75007 PARIS

752038349

Tel : 0145485424

INSEE:241087654005384

39 AVE DUQUESNE

01 771 2042 CPAM 771

MELUN RUBELLES

Fact. Num. : 318711

Date Fact. : 04/10/2022

Date Ord. : 04/10/2022

Medecin: *

Code Op: SS -

Malade: SLAOUI FRANDOISE

75004 PARIS

1 QTE DESIGNATION CIP Prix/U BaseSS HD TxSS

6 CARTEOL LP 2% CD 3400935789525 5,67 - 1,02 065

LLYRE FL/3ML Dus: 4 Ordo: 356167

6 MONOPROST 50MCG 3400926738266 8,78 - 1,02 065

COLLY DOSE 30 Dus: 2 Ordo: 356168

1 Honor. dispens.

HDR

1 Honor. dispens.

HDA

MONTANT TOTAL : 101,03

MONTANT AMC : 0,00

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,

de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la

sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

MONTANT AMO : 65,67

MONTANT ASSURE : 35,36