

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 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.

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° W21-792939

154919

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7462

Société :

RTM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NABIL

DAOUD

Date de naissance :

11.08

1963

Adresse :

31 Avenue Hassan II

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

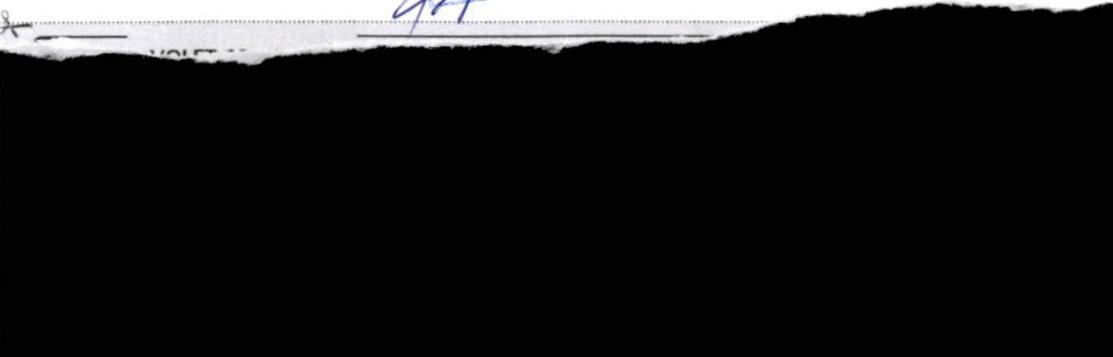
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 103/09/2013



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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Docteur SAFFAR Franck et BRACKE Pierre 8, Place Gaston Viens - 94310 ORLY Tél : 01 48 53 40 88 - Fax : 01 48 53 82 21 N° 642012009	21/03/23	39.24 €

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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

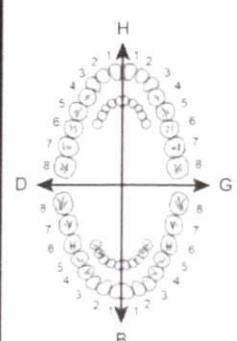
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

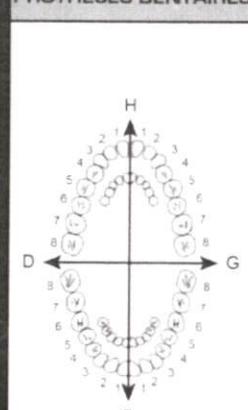
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

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

N° FINESS



750100166

Tel : 01 58 41 18 62

Fax : 01 58 41 16 05

Identification du malade

Mr DAOUD Nabile

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

Kardegic 75 : 1 par jour

Liptruzet10/80 : 1 par jour

Pantoprazole 20mg : 1 par jour

Bisoprolol 3,75mg : 1 par jour

Stilnox 10 mg : 1 par jour au coucher si besoin

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

QSP 12 mois

le 07/10/2022

Dr Fabien PICARD

Endorsements Section

23/03/2023, ord. 23/03/2023 PHARMACIE MIMOUN
 DAOUD NABILE TEL. : 01 48 53 17 73 - OP. 11
 ID 942016221 RPPS 10000562084
 Créé Libellé Identifiant Prix U BaseSSHDXr
 1 LE TRUZET 10MG/100MG 3400928001847 78,93 - 2,76 0%
 CPR BT90
 (863157)
 MONTANT TOTAL : 81,69EUR MONTANT R0 : 0,00EUR
 MONTANT ASSURE : 81,69EUR MONTANT RC : 0,00EUR

Facture		
Numéro de facture	Date	Code client
230032495	23/03/2023	

942016221

PHARMACIE MIMOUN

75 rue des Martyrs de Chateaubriant
 94310 ORLY
 FRANCE
 Tél : 01 48 53 17 73
 Fax : 01 48 53 66 88
 E-mail :

SIRET : 50814104100022 APE :

TVA Intracommunautaire : FR41508141041

DAOUD NABILE
15 RUE LOUIS BONIN
94310 ORLY

Mode de règlement : Carte Bancaire
 Echéance : 01/04/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 2800584 7	LIPTRUZET 10MG/80MG CPR BT90	1	80,0098	0,00	80,0098	80,01	2,1

Quantité totale des produits : 1

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	80,01	0,00%	0,00	80,01	1,68
Totaux	80,01	0,00%	0,00	80,01	1,68

Total Net HT	80,01 EUR
TVA	1,68 EUR
Montant TTC	81,69 EUR

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
 En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

Liptruzet[®]

comprimé pelliculé
ézétimibe/atorvastatine



PC : 03400928005847

119210094810
07-2024
X001804

90 comprimés pelliculés

SN :
EXP
Lot