

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06938 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALLAAB ABDEL MOUVENTH

Date de naissance : 14/02/1962

Adresse : Lot. Nizamar Leu D N° 08 Leu Fays

Tél. : 06 01 69 99 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Maison Médicale Paul VALERY**  
271 Allée de bon Accueil  
34090 Montpellier

Date de consultation : 15/07/2023 Tél. : 04 67 52 02 76

Nom et prénom du malade : HALLAAB ABDEL MOUVENTH Age : 61

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION PULMONAIRE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Montpellier Le : 18/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : Barkat



**Déclaration de Maladie**

M22- 0047955

Optique 121360  Autres

## 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
18.07.23	G	.	25€	Maison Médicale Paul VALERY 271 Allée de bon Accueil 34090 Montpellier Tél : 04 67 52 02 76

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Pirée Maison Médicale Paul VALERY 34090 MONTPELLIER 18 JUIL. 2023 13 65 50 pharmaciedupieree@gmail.com 342028842	18/7/23	14,01 €

## ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

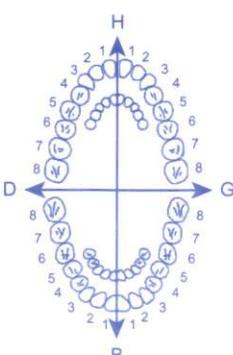
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

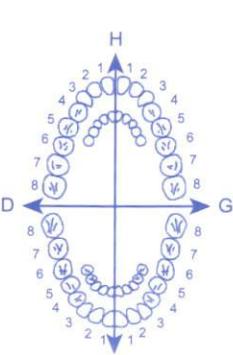
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Thierry CHERIFCHEIKH

Médecin généraliste

Maison Médicale Paul Valéry  
Languedoc Mutualité Union Ambulatoire

271, Allée de bon accueil  
34090 MONTPELLIER  
Tel : 04.67.52.02.76

34 001 521 3

Montpellier, le 18/07/2023

HAILOUA ABDEL MOUNHIM, 61 ans.

ZITHROMAX 250MG CPR 6 (Azithromycine)  
1 comprimé 1 fois par jour pendant 4 jours.

VENTOLINE 100MCG/DOSE INH 200(IP8) (Salbutamol)  
1 bouffée.

OXOMEMAZINE 0,33MG/ML BGC S/S150ML (Oxomémazine)  
10 ml 4 fois par jour.



**Maison Médicale Paul Valery**

N° Finess : 34 0 01521 3

271, ALLÉE DE BON ACCUEIL

34090 MONTPELLIER CEDEX 5

Tél: 04.67.52.02.76 - Fax: 04.67.52.71.81

# FACTURE

Fact / FSE **2 306 438 / 0**du: **18/07/2023**Praticien **CHERIFCHEIKH Thierry****01 Generaliste**

Page 1 of 1

Patient : HAILOUA Abdel Mounhim ( N°: 2446779)

Né(e) le : 17/02/1962

Lien :

N° INSEE :

Risque :

Assuré : HAILOUA Abdel Mounhim ( N°: 2446779)

Adresse : 180, Boulevard du consul de la mer

34000 M ONTPELLIER

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
18/07/2023	GS 1	1,00	25,00	0,00	25,00
25,00 €					

*Acquittée*

Maison Médicale Paul VALERY  
 271 Allée de bon Accueil  
 34090 Montpellier  
 Tél : 04 67 52 02 76

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	25,00 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	0,00 €	0,00 €	25,00 €	0,00 €
<b>Total :</b>	0,00 €	Reste dû le	18/07/2023	0,00

**Facture**

Numéro de facture	Date	Code client
230034548	18/07/2023	

**342028842****PHARMACIE DU PIREE**

M. Morgan LAURE

Place Jean Bene

34000 MONTPELLIER

FRANCE

Tél : 04 99 13 65 50

Fax : 04 99 13 65 50

E-mail : pharmaciedupiree@gmail.com

**HAILOUA ABDELMOUNHIM**

\*

**34000 MONTPELLIER**

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :

BNP 30004 02402 00010057853 48

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/08/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3876282 2	AZITHROMYC MONO SAND250MG CI	1	6,2684	0,00	6,2684	6,26	2,1
34009 3443873 8	VENTOLINE 100MCG AERO DOSE 20	1	4,5054	0,00	4,5054	4,51	2,1
34009 4919148 2	OXOMEMAZINE BIOG SOL SSUC150I	1	2,9481	0,00	2,9481	2,95	2,1

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	13,72 EUR
2,1%	13,72	0,00%	0,00	13,72	0,29	TVA	0,29 EUR
						Montant TTC	14,01 EUR
<b>Totaux</b>	<b>13,72</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>13,72</b>	<b>0,29</b>		

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.