

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0047955

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06938 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HALIMA ABDEL MOUNIM
 Date de naissance : 14/02/1962
 Adresse : Lt. Mimmar Lund N°08 Deux Etage
 Tél. : 0608 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
 Tél : 04 67 52 02 76
 Date de consultation : 18 / 07 / 2023
 Nom et prénom du malade : HALIMA ABDEL MOUNIM Age : 61
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ATTEINTE DU MONAIRE
 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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 18 / 07 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
18.7.23	G		25€	Maison Médicale Paul VALÉRY 271 Allée de bon Accueil 34090 Montpellier Tél : 04 67 52 02 76

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Pirée 34000 MONTPELLIER 18 JUL. 2023 09 13 65 50 pharmaciedupirée@gmail.com 342028642	18/7/23	14,01 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

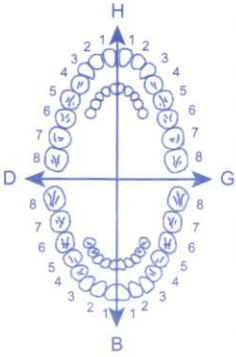
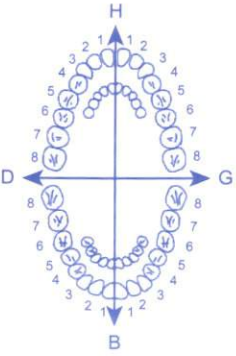
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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

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 Valéry

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 €
Total :	0,00 €	Reste dû le 18/07/2023		0,00



Facture

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

342028842

PHARMACIE DU PIRÉE

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	
2,1%	13,72	0,00%	0,00	13,72	0,29	13,72 EUR	
						TVA	0,29 EUR
						Montant TTC	14,01 EUR
Totaux	13,72	0,00%	0,00	13,72	0,29		

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.