

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **4151**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUKDOUR Brahim**

Date de naissance : **11/1949**

Adresse : **CASA**

Tél. : **06 63 47 18 51**

Total des frais engagés : **1086,72 G**

Bhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/07/2023**

Nom et prénom du malade : **Boukdour Brahim** Age : **74**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

VASCUL

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALS**

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

29 AOUT 2023

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 : **CASA**

Le : **11/07/2023**

Signature de l'adhérent[e] : **P.Boukdour**



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
11/07/2013	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

PH Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
15 AOUT 2023		1086,72 euros

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely representing the upper arch, oriented vertically. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. The numbers are arranged as follows: 1 at the top, 2 and 3 above the central incisors, 4 and 5 above the lateral incisors, 6 and 7 above the canines, and 8 at the bottom. The arch is supported by a horizontal line with arrows pointing left and right, and the letters D (left) and G (right) at the ends.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le

11 juillet 2023

Mr. BOUKDOUR Brahim

PEGASYS 90 UG

1 inj sous cutanée par semaine x 6 mois
PHARMACIE BIENVENUE
75 203 164 1
43, avenue du Maine 75014 Paris

15 AOUT 2023

Ouvert 7/7 8h00 - 21h00
Tél : 01.43.20.95.09 - Fax : 01.43.35.49.23
pharmaciebienvenu@gmail.com

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AD-MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
GSM: 06 62 28 77 11

75014 PARIS

FRANCE

Tel: 0143209509

N° SIRET : 40255478600010 - N° SIREN : 402554786

TVA Intracommunautaire : FR14402554786

RCS : - Ville de greffe: Paris

Code NAF/APE: 4773Z

Du 15/08/2023

Date de l'échéance 16/08/2023

BOUKDOUR Brahim
0000 MAROC
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER A

N° AM : 751999996

Opérateur: _ I

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
PEGASYS 90µg S inj ser prér Ser/0,5ml 3400926980511	PH7	0	12	87,365	2,10%	1 048,38
N° Ordonnancier : 1066077						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	12	0,999	2,10%	11,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
1 064,37	2,1% (4)	22,35	1 086,72
Total HT		Total TVA	Total TTC
1 064,37		22,35	1 086,72

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	1 086,72

Mode(s) de règlement Règlements multiples (CB, Crédit)	1 086,72
--	----------

Montants exprimés en Euros

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

(u) indique les quantités unitaires

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

(NF525) 126//1/FACTURATION/FACTURE/kVRQ/N/NEMQ/N/MJMA/2.20/2.20.2.1.R8/1/B525/0370-3/573297

PHARMACIE MONTPARNASSE BIENVENUE
MONTPARNASSE BIENVENUE
43 AV DU MAINE
75014 PARIS
FRANCE

Tel: 0143209509

N° SIRET: 40255478600010

Code NAF/APE: 4773Z - FR14402554786

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
		TVA	TTC	TTC
Patient: BOUKDOUR Brahim				
Ordonnance 937422				
3400926980511	4	12	89,20	1070,40
PEGASYS 90µg S inj ser prépr Se(1066077)				
Du(s): 12x				
Honor. dispens. HD7	4	12	1,02	12,24
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDE	4	1	3,57	3,57
Total TTC				1086,72
A Payer				1086,72

TOTAL A PAYER : 1086,72 (7128,42F)

Montant HT : 1064,37

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	1064,368	22,352	1086,72

CB : 600,00

Patient: BOUKDOUR Brahim

Credit : 486,72

Le 15/08/2023 à 13h03 Op. : 1 I

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 573297/2035668 B525/0370-3

126/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/gA0d/kVRQ
/2.20.2.1.R8/1