

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE EP ZIDANI FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/2023

Nom et prénom du malade : RAHMOUNE FATNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

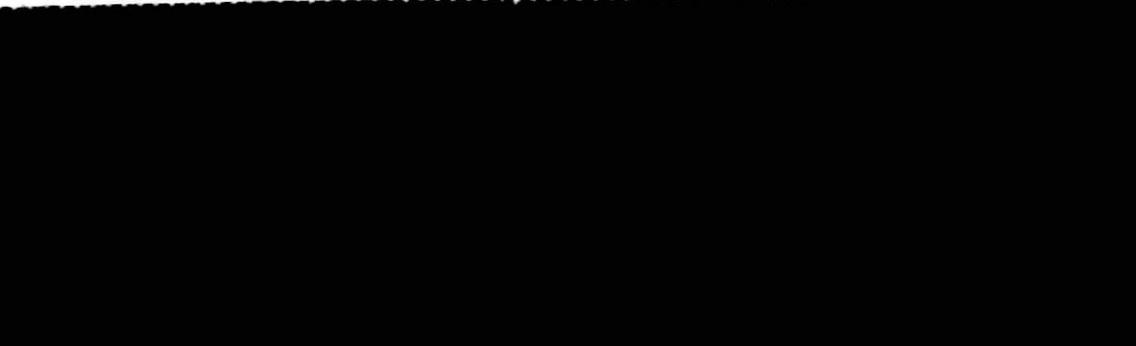
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 07/12/2023 Le : 07/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
| 07/12/23 | CS - 2500 | | | VIS - Supplémentaire Dr. DR.ZULAH Yassine Rhumatologie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|--|---|-------------|------------------------|
| Diagramme d'ODF (Ouest) | D | G | B | |
| Diagramme d'ODF (Est) | H | G | B | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | 21433552 00000000 00000000 35533411 B | G | |
| | D | 25533412 00000000 00000000 35533411 B | | 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

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

الدكتور ياسين لمزلاه

اخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصل والعمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systématisques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض العمود الفقري

الفحص بالصدى (لبيج)

العلاج بالأدوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Casablanca le :

09/12/23

Nom :

M. RAHMOUNE FATNA

INPE: 0512W865

Act. CS. 250 D^o

V₄ vs. suprénatant du genou

Droit 280 D^o

Dr. LAMZALAH Yassine
Rhumatologie

الدكتور ياسين لمزلاه

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

أخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام والمقاصل والعمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systématisques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض العمود الفقري

الشخص بالصدى (البيج)

العلاج بالأدوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Casablanca le :

٠٧/١٢/٢٣

Nom :

Mr Rahmoun

Fatou

Doliprane

٩٥ ١٤٦

٣-٤٧٣١٣

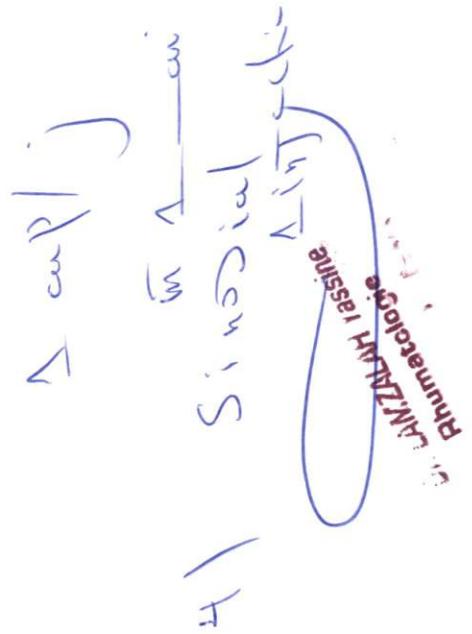
Depomedrol

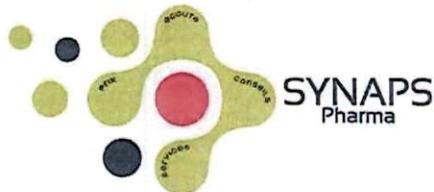
٢٠٠ مل

Dr. LAMZALAH Yassine
Rhumatologie

Connotación

(2)





| Facture | | |
|-------------------|------------|-------------|
| Numéro de facture | Date | Code client |
| 230072521 | 09/11/2023 | |

742005309

Duplicata 1

PHARMACIE DE GENEVE

M. Droux
1Route de Genève
74100 AMBILLY
FRANCE
Tél : 04 50 92 54 44
Fax : 04 50 38 72 95
E-mail :

SIRET : 53253615800019 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR56532536158

ZIDANI ASMAA
1 CHEMIN DES VERGERS
57340 SUISSE
Tél : 0041218251967

Mode de règlement : Carte Bancaire
Echéance : 01/01/2024

| Code13Réf | Désignation | Qté | HT U Brut | %Rem | HT U Net | Mt HT Net | %TVA |
|-----------------|---------------------------------|-----|-----------|------|----------|-----------|------|
| 8033638957004 | SINOVIAL SRG PRE-R 2ML 3 | 1 | 70,4167 | 0,00 | 70,4167 | 70,42 | 20,0 |
| 34009 3263409 5 | URISPAS 200MG CPR BT42 | 1 | 5,8570 | 0,00 | 5,8570 | 5,86 | 2,1 |
| 34009 3230077 8 | TITANOREINE SUP BT12 | 3 | 5,3636 | 0,00 | 5,3636 | 16,09 | 10,0 |
| 34009 3237240 9 | TITANOREINE 2% CR LIDOCAINE TB: | 2 | 5,3636 | 0,00 | 5,3636 | 10,73 | 10,0 |
| 34009 3392696 0 | GLYCERINE GIFRER SUP AD.SAC100 | 1 | 6,2727 | 0,00 | 6,2727 | 6,27 | 10,0 |

Quantité totale des produits : 8

| Taux TVA | HT Brut | %Rem | Remise | HT Net | TVA | Total Net HT | 109,37 EUR |
|---------------|---------------|--------------|-------------|---------------|--------------|--------------|------------|
| 20,0% | 70,42 | 0,00% | 0,00 | 70,42 | 14,08 | TVA | 17,51 EUR |
| 10,0% | 33,09 | 0,00% | 0,00 | 33,09 | 3,31 | Montant TTC | 126,88 EUR |
| 2,1% | 5,86 | 0,00% | 0,00 | 5,86 | 0,12 | | |
| | | | | | | | |
| Totaux | 109,37 | 0,00% | 0,00 | 109,37 | 17,51 | | |

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.

742005309 PHARMACIE DE GENEVE - 1Route de Genève - 74100 AMBILLY

Siret: 53253615800019

APE: 4773Z - RIB : - TVA Intracommunautaire : FR56532536158