

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019187

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNAKHIL FRAGKOU

Date de naissance : 29/03/59

Adresse : 294 AMELKIS 2 NAKHL SIDI MALKAK

Tél. : 0661311629

Total des frais engagés :

29,95 €

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



26 €

Date de consultation : 05/08/2019

Nom et prénom du malade : Bennakhi ASSIA

Age : 61/51/56

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infection virale

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 : Colloches

Le : 05/08/2019

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
			25€	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <b>PHARMACIE DES 4 CHEMINS</b>	Date 05/08/19	Montant de la Facture 6,98 €
130, Bd Charles de Gaulle 92700 COLOMBES Tél: 01 42 42 22 71 922018361		
RCS: 789 954 328		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G' points right. A vertical arrow labeled 'B' points down and 'H'				

Facture		
Numéro de facture	Date	Code client
190123480	05/08/2019	

**922018361****PHARMACIE DES 4 CHEMINS**

130, Bd Charles de Gaulle

92700 COLOMBES

FRANCE

Tél : 01.42.42.22.71

Fax :

E-Mail :

**BENNANI ASSIA****92700 COLOMBES**

SIRET :

APE :

TVA Intracommunautaire :

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/09/2019

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3635845 4	ACICLOVIR BGA 5% CR TB10G	1	4,5000	0,00	4,5000	4,50	10,0

Quantité totale des produits : 1

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
10,0%	4,50	0,00%	0,00	4,50	0,45
<b>Totaux</b>	<b>4,50</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>4,50</b>	<b>0,45</b>

<b>Total Net HT</b>	<b>4,50 EUR</b>
<b>TVA</b>	<b>0,45 EUR</b>
<b>Montant TTC</b>	<b>4,95 EUR</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.



**Centre Médico-Dentaire Charles de Gaulle**

147 Bld Charles De Gaulle

92700 Colombes

FINESS : 920030616

Tel : 01 85 01 11 95

Fax : 01 85 01 11 98

**Docteur FRAGKOULIDOU LILIA**

Médecine Générale  
10101567740

, le 05/08/2019

**Madame BENNANI ASSIA**

63 ans

1- ZOVIRAX 5% CR TUB 10G (Aciclovir)  
1 application 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours.

\* L'ordonnance contient 1 produit.

*M*  
Dentaire colombes  
Pierre expert  
de la Marine  
COLOMBES  
92 003 0616

**CENTRE DE SANTE COLOMBES**

Rue PIERRE EXPERT ZAC DE LA MARINE

92700 COLOMBES

Tél: 01.85.01.11.95 - Fax: 01.85.01.11.99

N° Finess : 92 0 03061 6

Patient : BENNANI Assia ( N°: 27109)

Né(e) le : 01/01/1956

Lien :

N° SS :

Risque :

**FACTURE**Fact / FSE **17 481 / 0**du: **05/08/2019**Praticien **FRAGKOULIDOU Lilia****01 Médecin Généraliste**

Page 1 of 1

Assuré : BENNANI Assia ( N°: 27109)

Adresse :

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
05/08/2019	Consultation médecine G	1,00	25,00	0,00	25,00
					25,00 €

*Acquittée*

CDS Medico - Dentaire colombes  
1/9 rue Pierre expert  
Zac de la Marine  
92700 COLOMBES  
Finess : 92 003 0616

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>
	25,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<u>Total :</u>	0,00 €	Reste dû le 05/08/2019		0,00