

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

- 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.

N° W19-422629

12684

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7342	Société :	RAM.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUKI TASSAN			
Date de naissance : 27/02/1976			
Adresse : LABITNERE			
Tél. :	0661915343	Total des frais engagés :	53,02 € Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : / / Age: / /		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : / /		
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.

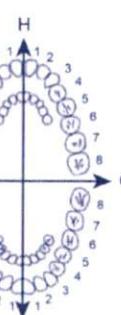
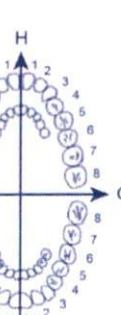
Fait à : 05/02/2019 Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M L D .		53,02 €

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est tenu 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														
				INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	---		---		B	35533411	11433553	G
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
---		---																
B	35533411	11433553	G															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

PHARMACIE DU PARC
MADAME ZERBIB sophie
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel : 0153330102
No SIRET : 80290146200019
Code NAF : 5234A - FR10802901462
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: MAROC X				
Ordonnance 668022				
3400930264546 COUMADINE CPR SEC	4 2MG	4 BT	1,69 20(848045)	6,76
	4	4	1,02	4,08
Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR	4	1	2,04	2,04
Honor. dispens. HDE				
	Total TTC			13,39
	A Payer			13,39

TOTAL A PAYER : 13,39 (87,83F)
Montant HT : 13,12

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	13,115	0,275	13,39

Espèces : 50,00
Rendu monnaie : 36,61

Le 09/08/2019 à 16h27 Op. : G G G

Montants exprimés en Euros

A BIEN TOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 71116/1268113 B0106-R1
128/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAMA/AAMU
/2.8.1.2.R8-151/1



EXACOMPTA
PARIS



**Bisphenol A
BPA**



MIXTE
Issu de sources
responsables
FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS



**Bisphenol A
BPA**



MIXTE
Issu de sources
responsables
FSC® C002321

CATOUTINE 1899MEI
AEROGARE ORLY SUD

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190
Tel: 0149757470
N° SIRET: 43864744800010
Code NAF: 4773Z - FR04438647448
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: CHOUKI Hassan Ordonnance 94269				
3400930264546 COUMADINE CPR SEC	4 2MG	4 BT	1,69 20(6,76 115206)
	4 5MG	4 BT	1,02 30(4,08 115207)
Honor. dispens. HD7 3400935693099 COUMADINE CPR SEC	4 5MG	4 BT	5,54 1,02	22,16 4,08
Honor. dispens. HD7 Honor. dispens. HDR Honor. dispens. HDE	4 4 1	1 2,04	0,51 2,04	0,51 2,04
			Total TTC	39,63
			A Payer	39,63

TOTAL A PAYER : 39,63
Montant HT : 38,82

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	38,815	0,815	39,63

Espèces : 39,63

Le 10/08/2019 à 06h34 Op. : INT . i

Montants exprimés en Euros

BON VOYAGE
EQUIPE PHARMACIE ORLY 4
pharmacieorly4@gmail.com

Ticket 161361/536936 B0106-R1
126/ /1/FACTURATION/TICKET/6/N/AANF/AANI
/2.8.1.2.R8-151/1