

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 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

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° W19-485512

ND: 29057

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadré réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9971

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

YAKOUTY Abdellmjid

Date de naissance :

09-03-67

Adresse :

Tél. : 0611 8990 83

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. IDOUDADUD Mina
Médecin Généraliste
Anassi 2 Entrée 3 N° 3
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/02/2010

Nom et prénom du malade :

YAKOUTY Youssra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

douloureux

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 :

Le : / /

Signature :

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
HARMONIE DU FEUDONNEAU SUD VIADYS	20/02/20	12,38 €
20 FEV. 2020		
3 bis rue du levre d'or - 28100 Dreux Tél. 02 37 45 21 67 SS 28 2 00246 8		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

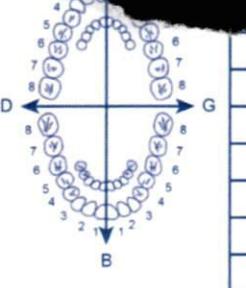
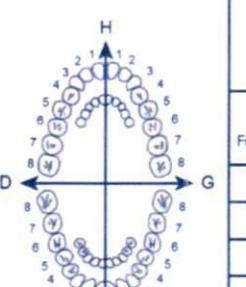
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">25533412 21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000 35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412 21433552 00000000 00000000							
D	00000000 00000000 35533411 11433553							
B								
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>						

Docteur Mina IDOUDAOU

Lauréate De La Faculté De Médecine
et De Pharmacie De Casablanca

Médecine Générale
Suivi De Grossesse - HTA
Diabète - Echographie



الدكتورة مينة ادواداود

خريجة كلية الطب
و الصيدلية بالدار البيضاء
الطب العام
مراقبة الحمل - مراقبة الضغط الدموي
داء السكري - الفحص بالصدى

Casablanca, le : ٥٦٢١٢٢٠٢٠

Nom & Prénom : Y A I Cou-14 Annassi

البريد ref

1 31

C. IDOUDAOU Mina
Médecin Généraliste
n°02 Entrée 3 N° 3
Casablanca



PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

YAKOUTI SANAA

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

7 rue Paul gauguin 28100 DREUX

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

CHESNEAU Alain

SELARL PHARMACIE PLATEAU SUD VIADY
3 bis rue Du Lièvre d'Or
28100 DREUX
282002468

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

identifiant

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom IDOUDAOUD Mina

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

281999995

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

20022020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt	Fact	Libelle	Nb	btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c. lab	dition.					utili.	presc	Subst.	debut	loc	fin loc
PH2	3400933595692				2	5,17	10,34	DEBRIDAT 74,4MG GLE SU							
HD2					2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD2							
HDR					1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR							

Imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

1 2 , 8 9

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

SELARL PHARMACIE PLATEAU SUD VIADYS
Alain CHESNEAU
3 bis rue Du Lièvre d'Or
28100 DREUX
Tel: 0237422197 Fax: 0237460018
pharmacieplateausud@wanadoo.fr
N° SIRET: 51160403500010
Code NAF: 4773Z - FR00511604035
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: YAKOUTI SANAA Ordonnance 659633				
3400933595692 DEBRIDAT 74,4MG GLE SUSP 30SA Du(s): 2x	4	2	5,17	10,34
Honor. dispens. HD2	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
			Total TTC	12,89
			A Payer	12,89

TOTAL A PAYER : 12,89 (84,55F)
Montant HT : 12,63

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	12,625	0,265	12,89

Espèces : 12,89

Le 20/02/2020 à 18h48 Op. : P Alberto

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 140843/972288 B17/0106-R2

124/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAMM/AAMZ
/2.10.2.1.R10-178/1