

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ue :

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

ducation :

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.

aire :

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.

ie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



19 MARS 2020
MUPRAS
RECEPTION
N° P19-0036719
ND: 32417

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZIATI MILoud

Date de naissance : 28.10.1957

Adresse : LOTISSEMENT EL WAFA N° 284 DEROUA

Tél. : 06 66 80 7893 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.01.2020

Nom et prénom du malade : ZIATI Miloud Age : 65 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Expectorations

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 : 16.03.2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-036719

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 5285

Nom de l'adhérent(e) : Robi A

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 11.03.2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Rd Pt de Rennes SELAS 2, Bd Schuman - 44300 NANTES 02 40 40 04 05 44 3 00285 2	21/01/20	14,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Bachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Diagnostic et imagerie médicale conventionnée secteur 1</i> <i>Cabinet Cambromme 1 place Cambromme</i> <i>44230 St Sébastien sur Loire</i> <i>02 40 03 00 00 - fax : 02 40 03 44 17099 - 10012312</i></p> <p><i>pour LAQUEN</i></p>	5/12/2010	LASKENDS	40,00€

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 3D grid with 12 vertices. The vertices are labeled with letters and numbers. The top vertex is labeled 'H'. The bottom vertex is labeled 'B'. The leftmost vertex is labeled 'D'. The rightmost vertex is labeled 'G'. The other vertices are labeled with numbers 1 through 8, representing the coordinates along the three axes.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

CABINET MÉDICAL
DES DOCTEURS DEMATTEO BERTRAND ET NAJID FABIENNE

3, RUE PAUL RAMADIER - ILE BEAULIEU
44200 NANTES

DOCTEUR DEMATTEO BERTRAND
MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10002514056

TÉL. : 02 40 89 91 71
FAX : 02 40 89 03 00

SUR RENDEZ-VOUS

le 6/01/2005

Re Ziahi Radia

- Alatex 25 *1 dose - hydroxyzine 25*
1 cp au coucher

- Pantopage 20 =
1 cp 1/2 pdt 1 min

BA10045980001

POUR LES VISITES A DOMICILE TÉLÉPHONER DE PRÉFÉRENCE AVANT MIDI.
EN CAS D'URGENCE, COMPOSER LE 15.
MEMBRE D'UNE A.G.A., RÈGLEMENTS PAR CHÈQUE ACCEPTÉ.



441037033



44 2 00285 3

Pharmacie du rond point de Rennes
2 boulevard Robert Schuman
44300 Nantes
Tél : 33 2 40 40 04 05

ZIATI RABIA N.I.R :

Première livrance par 8 le 21/01/2020

DUPLICATA DE L'ORDONNANCE N° 38748 Du 20/01/2020 TP désactivé

Qte	CIP	Désignation	Base Remb.	Honoraire Dispensation	Prix Net	Taux de Remb. SS	No Ordo.
1	3400927897306	HYDROXYZ SDZ 25mg	2,69	1,02	2,69	PH7 65 %	53792
1	3400938781052	PANTOPRAZOLE 20MG	6,05	1,02	6,05	PH7 65 %	53793
1		Honoraire de disp	0,51		0,51	HDR 70 %	
1		Honoraire de disp	1,58		1,58	HDA 70 %	
1		Honoraire de disp	3,57		3,57	HDE 70 %	

Montant Total 14,40

Montant COMPLEMENTAIRE :0,00

Montant : 0,00

Montant ASSURE : 14,40



feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

J J M M A A A A

0 5 / 0 2 / 2 0 2 0

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Madame ZIATI Rabia

(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

0 1 / 0 1 / 1 9 6 2

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)

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

IDENTIFICATION DU MÉDECIN 6 RUE PAUL RAMADIER 44200 NANTES IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dr GOURLAOUEN Dominique
06 Radiodiagnostic et imagerie conventionnée
1
place Cambronne

MEDECIN REMPLACANT
44230 SAINT-SEBASTIEN

nom et prénom

441702941 1 23 01 06

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) DEMATTEO BERTRAND

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSPY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	I.K. ③ nbre	montant ③
J J 0 5 / 0 2 / 2 0 2 0 A	LAQK005		1	2	40.08				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

40.08 €

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

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

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

| | | | | | | |

date J J M M A A A A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (La ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom ZAFI Radna

(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

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

ASSURÉ(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'ASSURÉ(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR DEMATTEO BERTRAND

01 GENERALISTE

CONVENTIONNE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

3, RUE PAUL RAMADIER

44200 NANTES

=> 44 1 03703 3 00 1 23 1 01 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 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

oui

date

J J M M A A A A

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

 AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass. I.D. ② M.D. nbre	frais de déplacement I.K. montant ③
<i>20 01 2016</i>		<i>GS</i>				<i>25</i>
J J M M A A A A						
J J M M A A A A						
J J M M A A A A						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)*25*

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Pharmacie du rond point de Rennes

44 2 00285 3

2 boulevard Robert Schuman 44300 Nantes

Tél : 33 2 40 40 04 05

Fax : 33 2 40 16 22 17

email : pharmacierondpointderennes@gmail.com

SIREN : 412 147 589 00011

No TVA intracommunautaire : FR75412147589

ZIATI RABIA

Code Client : 17610

44300 NANTES

Délivrée par : 8 Hanitra

à Nantes , le 21/01/2020

Impression N° 2 Duplicata Facture Mutuelle No 38748

Qté	CIP/LPP	Désignation	TVA	Acte	Base AMO	Prix U.Net	Montant
1	3400927897306	HYDROXYZ SDZ 25mg Cpr pesé P	2,10	PH7	2,69	2,69	2,69
1	3400938781052	PANTOPRAZOLE 20MG ZENTIVA CP	2,10	PH7	6,05	6,05	6,05
Code TVA		Taux de T.V.A	Montant de la T.V.A		Montant H.T	Montant T.T.C	
5		2,10	0,30		14,10	14,40	

Facture Acquitée le
 21/01/2020
 Pharmacie du Rd Pt de Rennes
 SELAS
 2, Bd Schuman - 44300 NANTES
 02 40 40 04 05

No Fiscal : 218350

Nombre de clients : 1 Nombre de lignes : 2 442 00285 3

Version: 6.8.3.66.251 du 06/01/2020

B 0088 7 X Z 6 - O V 104

Aucun escompte de règlement n'est accordé pour le règlement anticipé.

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 retard de règlement une pénalité égale à trois fois le taux d'intérêt légal sera appliquée.

Pénalités de retard au taux annuel de 12 % - indemnité forfaitaire de recouvrement : 40 euros

Part	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	17,90 €
Total Hors taxe	14,10
Montant de la T.V.A.	0,30
Remise	0,00
Total T.T.C	14,40 €