

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-550787

ND : 41020

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5088	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHAZRAJI Bahija			
Date de naissance : 13/09/55			
Adresse : 65 Rue MAMOUNE Mohamed - 1^{er} étage APPA 1 Angle BNOV ASSAKIL			
Tél. : 0661 06 44 22	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		DOCTEUR JOSEPH MOUSSALI 08 GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE CONVENTIONNÉE 59 AV KLEBER 75116 PARIS TEL. 01 47 66 33 31 00 1 11 0 75 1 59084 8 CAB CONV ZISD ZIK
Date de consultation :	22/10/2019	
Nom et prénom du malade :	EL KHAZRAJI BATIDA Age: 64	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	HEPATITE CHRONIQUE C	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants 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 : **PARIS**

Signature de l'adhérent(e) :

EAF



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

PHARMACIE DES

DU FOURNISSEUR
342028297

ETES Date

AS/02/8210

Montant de la Facture

542023237

59 , allées Paul Ricœur
34500 BÉZIERS

34500 BÉZIERS

Tel: 04 67 76 35 74

Fax: 0467 217658

• 100 •

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 entré

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 l'ODD				
 SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
 O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
	H	G		
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	<hr/>			
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction]			
	Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession			
DETACHEMENT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3^e et 4^e, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Dr J. MOUSSAELI

Service d'Hépato Gastro Entérologie
GROUPE HOSPITALIER HÔPITAL SALPETRIERE
47-83, boulevard de l'hôpital - 75013 PARIS
Tél. 01 42 16 10 02 - Fax 01 42 16 14 27
Finess 750 100 125

Identification de la structure

(nom et adresse du cabinet, de l'établissement n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (faconnauf et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

EL ICHAZRAJI BATTIDA

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

EPCLUSA 1 comprimé par jour

Traitement par 12 semaines —

19 / 06 / 20

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)



**Facture**

Numéro de facture	Date	Code client
200023657	10/07/2020	

342028297**PHARMACIE DES POETES**

Mme Vivet
 59 Allée Paul Riquet
 34500 BEZIERS
 FRANCE
 Tél : 04 67 76 35 74
 Fax : 04 67 21 76 58
 E-Mail : mvivetpharmaciedespoetes@gmail.com

EL KHAZRAJI BAHIJA
TUNISIE

SIRET : APE :
 TVA Intracommunautaire : FR82395384019

Mode de règlement : Espèces
 Echéance : 01/08/2020

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3006731 4	EPCLUS USA 400MG/100MG CPR FL28	3	8128,7071	0,00	8128,7071	24386,12	2,1

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
2,1%	24386,12	0,00%	0,00	24386,12	512,11	24386,12 EUR	
						TVA	512,11 EUR
						Montant TTC	24898,23 EUR
Totaux	24386,12	0,00%	0,00	24386,12	512,11		

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.

PHARMACIE DES POETES
 342028297
 59 , allées Paul Riquet
 34500 BÉZIERS
 Tél: 04 67 76 35 74
 Fax: 04 67 21 76 58

342028297 PHARMACIE DES POETES - 59 Allée Paul Riquet - 34500 BEZIERS
 APE: - - TVA Intracommunautaire : FR82395384019

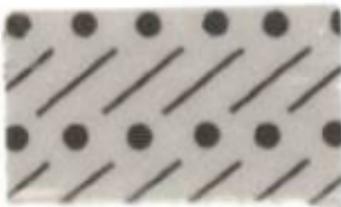
90049403

PC: 03400930067314

SN: 276867415265

Lot 19SXG011D

EXP 08 2023



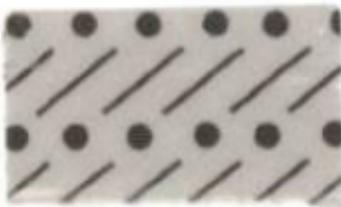
90049403

PC: 03400930067314

SN: 276867415265

Lot 19SXG011D

EXP 08 2023



90049403

PC: 03400930067314

SN: 276867415265

Lot 19SXG011D

EXP 08 2023

