

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-569829

ND: 46225

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 7462		RAH	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NABIL DAUD		Date de naissance : 11.08.1963	
Adresse : 31 Avenue Hassan II Casablanca		Tél. : 0661316664 Total des frais engagés : 60,35 Euros 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 de déclaré avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles
 Fait à : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 10/10/2009
ABDALLAH

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	Pharmacie du Gargi lano	Date	Montant de la Facture
167 Av. de Versailles - 75016 PARIS		6.0.35€	
01 42 88 33 37 - Fax. 01 45.20.91.42			
pharmacie.garigliano@gmail.com			
752041426	09/09/2020		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

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

date 0 9 0 9 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 pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom DAOUD AL MADAWAR NABIL

(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

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)

ETRANGER

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)Total Cram 0,00
Total Mutuelle 0,00
Total Assuré 60,35
Payé par l'assuré 60,35

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

Pharmacie du Garigliano
167 avenue de Versailles
75016 Paris
Tel 01 42 88 33 37-Fax 01 45 20 91 42
75 2 04142 6

D.INES

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 HOP CORENTIN CELTON

raison sociale HOP CORENTIN CELTON

identifiant

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

9 2 0 1 0 0 0 6 2

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 0 8 0 9 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X 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 X

oui

date

AT/MP	numéro						ou	date	J J M M A A A A
PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES									
tarification détaillée	CIP	Libellé et forme	Qté	Px Unit	Montant	NR	N° Ordo	Subst.de/LPP	
TauxActe									
000 PH7	3400926994297	IOMERON 400 400MG IODE/ML S IN	1	58,82	58,82		1_49038		
065 HD7	Honoraire	DISPENSATION NIV 7	1	1,02	1,02				
065 HDR	Honoraire	médic. remboursable	1	0,51	0,51				
imprimer les codes à barres									
ou coller les étiquettes de la liste									
des produits et prestations									
dans l'ordre de la prescription									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

60,35

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

Pharmacie du Garigliano

167 Av. de Versailles - 75016 PARIS

Pharmacie du Garigliano

Tél. 01 42 88 33 37-Fax. 01 45 20 91 42

pharmacie.garigliano@gmail.com

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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.

Identification du prescripteur

Identification du malade

Docteur F. PICARD

RPPS : 10100900363

Service de Cardiologie

Hôpitaux universitaires Paris Centre – Site Cochin

Tel : 01 58 41 18 62

Fax : 01 58 41 16 05

Mr DAOUD Nabil

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

Iomeron concentration ep 400/150 ml

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

le 08/09/2020

Dr Fabien PICARD

Docteur F. PICARD
RPPS : 10100900363
Service de Cardiologie
Hôpitaux Universitaires Paris Centre - Site Cochin
Tél. : 01 58 41 18 62
16 59 | Fax 01 58 41 16 05

Pharmacie du Garigliano
167 avenue de Versailles 75016 Paris
T.01 42 88 33 37-F.01 45 20 91 42 . 75 2 04142 6
D.INES le 09-09-20

DAOUD AL MADAWAR NABIL

Ordo. du 08/09/2020 920100062 HOP CORENTIN CELTON
Taux Cip Libellé et forme Qté Px Unit Montant
000 3400926994297 IOMERON 400 400MG 1 58,82 59,84
HD 1.02 O:49038
065 Honoraire médic. remboursabl 1 0,51 0,51
Total 60,35 Part : 0,00 TM 0,00 Assuré 60,35