

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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° P19- 044529

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7907 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TIKAT OMAR

Date de naissance : 03.06.1965

Adresse : Rue 66 N° 100 Agbari

I oulfa casa.

Tél. : 06 61 08 77 15 Total des frais engagés : 130,00 DM Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie de la vision

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 de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
16/12/2022	C		18081	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
20/12/2022 DEC	21/12/2022	93,81 €
Dr Marine FOSSEY Tél. 04 93 65 45 89	Finess 062029236 Fax 04 93 65 24 65	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail  
Médecine Générale

# الدكتور المصطفى معاشو

إختصاصي في طب الشغل  
الطب العام

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

- فحص بالصدى
- تخطيط القلب الكهربائي
- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين
- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 16.12.2022

N° TIKAT Omar

Si FROL 1,05 cpl

1/4 de

Si-FROL 0,52 cpl

1/4 de  
ou 1/2 de 0,52 cpl

1/4 de

1/4

1/2

1 heure ou 1/2

1/4 de  
03 Nois



13 FEV. 2023

PHARMACIE DE SOUS-TRAITEMENT  
1755, route des Dolines, 20000, Agadir  
06560 VALBONNE SOUS-TRAITEMENT

PHARMACIE DE SOUS-TRAITEMENT

Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis - Tél. : 05 22 82 98 60 - E-mail: dr.maachou-m@hotmail.fr

Dr Marine FOSSEY  
Tél. 04 93 65 45 89

Finess 062029236  
Fax 04 93 65 24 65





SELAS PHARMACIE DA ROS  
Marine FOSSEY  
1755 Route des Dolines  
Centre médical de SOPHIA  
06560 VALBONNE SOPHIA  
ANTIPOLIS  
FRANCE  
Tel: 0493654589 Fax: 0493652465  
Email: mfossey@totum.fr  
N° SIRET: 88388325800013  
Code NAF: 4773Z - FR71883883258

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°7519/937600

Du 20/12/2022

Date de l'échéance 21/12/2022

TIKAT OMAR  
2 ave pythagore  
06560 VALBONNE

Prescripteur : MEDECIN MEDECIN  
N° AM : 751714486  
Opérateur: clothilde v

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
SIFROL 1,05mg Cpr LP Plq/30 3400939749785 N° Ordonnancier : 1127253	PH7	0	3	15,984	2,10%	48,96
PRAMIPEXOLE SDZ 0,52 mg Cpr LP Plq/30 3400930012314 N° Ordonnancier : 1127254	PH7	0	3	7,855	2,10%	24,06
MODOPAR 125 (100mg/25mg) Cpr sésb disp FI/60 3400930066669 N° Ordonnancier : 1127255	PH7	0	3	6,621	2,10%	20,28
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,51

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
91,88	2,1% (4)	1,93	93,81
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
91,88		1,93	93,81

Part AMO 0,00  
Part AMC 0,00  
Part Client 93,81

Mode(s) de règlement  
Règlements multiples (CB) 93,81

Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euro

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom  
pharmaciedesophia.valbonne@totum.fr

(u) indique les quantités unitaires  
(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

PHARMACIE DE SOPHIA  
1755 route des Dolines-Centre médical  
06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS  
20 DEC. 2022  
Dr Marine FOSSEY  
Tel. 04 93 65 45 89  
Finess 062029236  
Fax 04 93 65 24 65  
(NF525) 124//2/FACTURATION FOSSEY MVOZ/NYMA/NOUO/2.14.1.3.R16-137/0/B525/0370-1/22899