

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.

Déclaration de Maladie ➤

N° W21-794763



156642

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) _____ Matricule : 7342 Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Oussama HASSAN

Date de naissance : 27/02/1996

Adresse :

0661328652

Total des frais engagés :

166,182 Euro Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : Consultation pour Controls Medical

Nom et prénom du malade :

Age: 35

Lien de parenté : Lui-même



Conjoint

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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 11/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Juy 21



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	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE des SAINTS</i> S.E.L.U.R.L. C. PARADE 8 Avenue Charles de Gaulle 92200 Neuilly - 01 46 24 10 00 09 20 01 40 9	10/01/2023	56,18
	11/01/2023	111,66

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

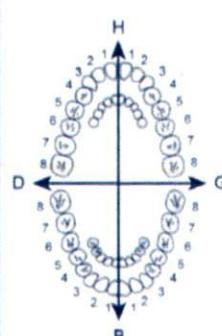
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODF

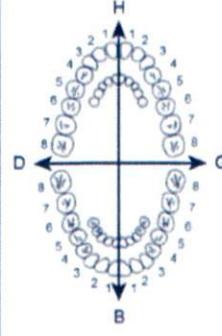
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
.....	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
.....	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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



- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie Rabat
- Ancienne interne du CHU ibn sina de Rabat et des hôpitaux de paris
- Ex médecin à l'hôpital militaire Mohamed V-Rabat
- Diplômée d'Echoangiographie et d'imagerie vasculaire non invasive de Bordeaux-France
- Diplômée de cardiologie pédiatrique de l'université paris Descartes France

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط ومستشفيات باريس فرنسا
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
- حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو فرنسا
- حاصلة على دبلوم طب القلب للرضع وللأطفال بجامعة باريس ديكارت فرنسا

Casablanca le : 07/12/2022

CHOUKI HASSAN

① Comadrine 2 mg
1 + ½ cp 1.

Tut
6 fois

② Comadrine 5 mg
1 cp 1.

③ Conclensif 10 mg
2 cp 1.

~~ERRABOUN NAHID
CARDIOLOGUE
06 99 13 03 22 / Fixe : 05 22 62 45 53~~





SELAS PHARMACIE DES SABLONS
PARADE Christian
85 Avenue Charles de Gaulle
92200 NEUILLY SUR SEINE
France

N° SIREN : 450336482
 N° TVA intracommunautaire : fr54/450336482
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0146241006

CHOUKI Hassan

20100 CASABLANCA
 Maroc

Caisse : 01 Opérateur n° 1 VD1
 Client : CHOUKI Hassan

Facture n° 155331 du 10/01/2023 - vente n° 123011000110 - FSE n° 306843

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3379460 6	IOMERON 350 SOL FL 150ML 1	1	53,526	53,53	2,10	54,65
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 1
Banque:
IBAN:

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	55,02	1,16	56,18
Totaux	55,02	1,16	56,18

Part principale		Part assuré	56,18
Part complémentaire			

Net à payer	56,18
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en ESPECES, date d'échéance : 10/01/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

20 rue Leblanc,
75908 Paris Cedex 15

Service de Radiologie

Chef de service : Pr Clement

Bureau des rendez-vous :

01 56 09 38 02

FAX : 01 56 09 38 37

N° RPPS 10000484476

HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST

Paris, le mardi 3 janvier 2023

NOM : CHOUKI

Prénom : HASSAN

Sexe : Masculin

Date de naissance : 27/02/1968

Poids :

L'examen ne pourra être réalisé en l'absence de ces produits.

LES COMMANDER A L'AVANCE

ORDONNANCE NON SUBSTITUABLE

Vous allez passer un Scanner (TDM), veuillez vous procurer en pharmacie :

IOMERON 350 : 1 Flacon de 150 ml

Code CIP 3400933794606





SELAS PHARMACIE DES SABLONS
PARADE Christian
85 Avenue Charles de Gaulle
92200 NEUILLY SUR SEINE
France

N° SIREN : 450336482
 N° TVA intracommunautaire : fr54/450336482
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0146241006

CHOUKI Hassan

20100 CASABLANCA
 Maroc

Caisse : 01 Opérateur n° 1 VD1
 Client : CHOUKI Hassan

Facture n° 155379 du 11/01/2023 - vente n° 123011100030 - FSE n° 306863

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3569309 9	COUMADINE 5MG CPR SECABLE 30	6	4,770	28,62	2,10	29,22
	HONORAIRE DE DISPENSATION	6	0,999	5,99	2,10	6,12
34009 3026454 6	COUMADINE 2MG CPR SECABLE 20	14	1,518	21,25	2,10	21,70
	HONORAIRE DE DISPENSATION	14	0,999	13,99	2,10	14,28
34009 3531318 8	CARDENSIEL 10MG CPR SECABLE 30	6	4,917	29,50	2,10	30,12
	HONORAIRE DE DISPENSATION	6	0,999	5,99	2,10	6,12
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 26
Banque:
IBAN:

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	109,34	2,30	111,64
Totaux	109,34	2,30	111,64

Part principale		Part assuré	111,64
Part complémentaire			

Net à payer **111,64**

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 11/01/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.