

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01518 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

NAGEHI ABDESSALAM

Date de naissance : 17.12.1952

Adresse : 111 lot la Côte Sidra Maaya

Tél. : 0629797821 Total des frais engagés : 55,16€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

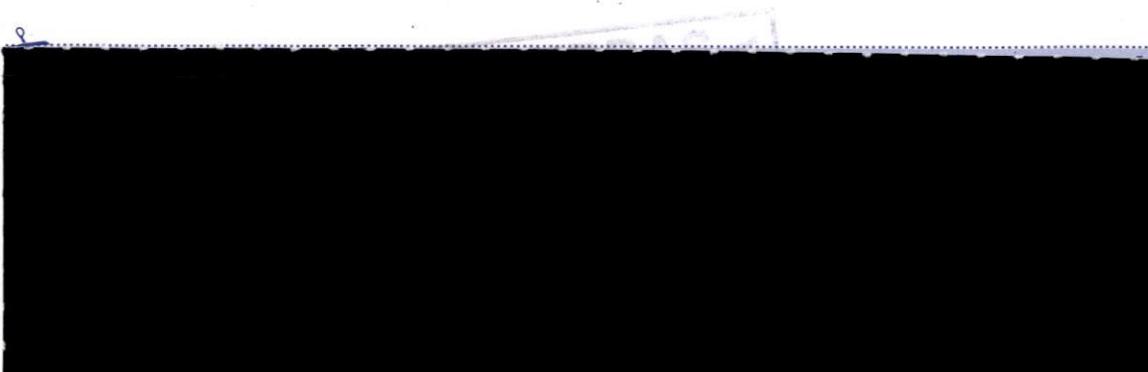
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
HARMACIE PARIS EIFFEL 14 Rue Saint-Dominique 75007 PARIS Tél : 01 47 05 45 80	06.19.23	55,16 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

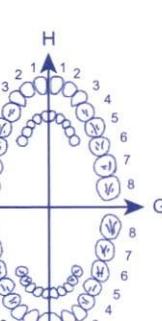
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

e Maladie
001598

الدكتور عبد الله مامو

Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex. attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية
حاصل من جامعة أنجيه على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات ماريس
طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 25.09.23 الدار البيضاء، في

TINATH. Aboulkacem.

- Depakote 500.
AF 0,60 x 8 1/2 SV
- Serofed 20 2
124,90 x 5 1/2 SV
36,10 x 5 1/2 SV
98,30 x 5 1/2 SV
2499,30 1/2 SV
Dr. A. MAMOU
NEUROPSYCHIATRE
Expert Assermenté
38 Bd. Rachidi
06 61 16 40 45 - Fax: 05 22 47 60 10

Durée de Traitement

R.D.V. le

38, Bd. Rachidi - Casablanca - Tél.: 05 22 47 60 00 / 10 - GSM: 06 61 16 40 45 - Fax: 05 22 47 60 10

PHARMACIE PARIS EIFFEL
 au capital social de 0.0 euros
 HELENE DUDOUIT - CHARLES DUDOUIT
 114 RUE SAINT DOMINIQUE
 75007 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0147054580
 N° SIRET : 38185522000012 - N° SIREN : 000000000
 TVA Intracommunautaire : FR37381855220
 RCS : 000000000 - Ville de greffe :
 Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

FACTURE

N°6919/239520

Du 06/12/2023

Date de l'échéance 07/12/2023

NAJIH ABDESSALLAM
 114 rue saint dominique
 75007 PARIS
 FRANCE

Prescripteur : ETRANGER –
 Opérateur: HASSINA K

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
DEPAKOTE 500MG CPR 90 3400935444271	PH7	0	2	24,016	2,10%	48,03
N° Ordonnancier : 259104						
N° Lots : 3R1JK						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
54,03	2,1% (4)	1,14	55,16
Total HT		Total TVA	Total TTC
54,03		1,14	55,16

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	55,16

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Espèces)	55,16
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE PARIS EIFFEL
 114 Rue Saint-Dominique
 75007 PARIS
 Tél : 01 47 05 45 80
 752 044 800

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1