

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

- Reclamation : 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.

M22- 0006545

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2058

Société : A96812

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M^e TAHIA - BOUAMRI ABDELRKIM

Date de naissance : 4-06-1919

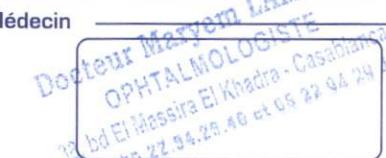
Adresse : 55 RUE 4 APP 7 ét^e - 2 cité Guyenne

HAY RAHA - CASABLANCA -

Tél. : 0661188173 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.02.2024

Nom et prénom du malade : TAHIA - BOUAMRI Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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
12.02.2014	1	1	105,50	Docteur Mayen MAMANI OPHTHALMOLOGISTE 33, bd El Massira El Madra - Casablanca Tél. : 05 22 94 29 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
PHARMACIE TURDJMAN
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tél. : 01 43 44 12 33
FAX : 01 43 47 80 55
75 2 03077 5
Pharmacie du Parc

Date Montant de la Facture

22/02/2014 41,29 €
22/02/2014 91806

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
21, rue Pommard
75011 PARIS
Tél. : 01 53 33 01 02
75 2 03953 7

Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

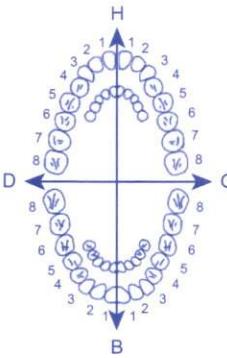
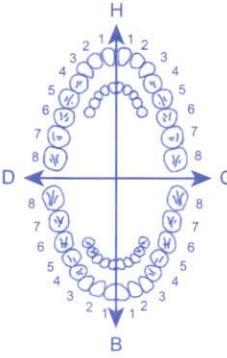
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des travaux												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
H	25533412	21433552														
00000000	00000000	00000000														
00000000	00000000	00000000														
35533411	11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 12 février 2024

TAHA BOUAMRI Abdelkrim

Instiller dans les yeux,

MONOPROST (5 boîtes)

1 goutte le soir

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

PHARMACIE TORDJMAN
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tél. : 01 43 44 12 33
Fax : 01 43 47 30 55
75 2 03077 5

WNO
WNO
WNO

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTHALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47
well & well

Pharmacie du Parc

Sophie ZERBIB
21, rue Pommard
75012 PARIS
Tél. : 01 53 33 01 02
75 2 03953 7

9,80 €

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46/47

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

PHARMACIE TORDJMAN
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tél. : 01 43 44 12 33
Fax : 01 43 47 30 55
75 2 03077 5

PHARMACIE DE LA PLACE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
752030775
Tel : 0143441233
INSEE:
55 rue cite guynemer

Fact. Num. : 541489
Date Fact. : 22/02/2024
Date Ord. : 12/02/2024
Medecin: MEDECIN ETRANGER X
Code Op: 2
Malade:TAHA BOUAMRI ABDELKRM
75005 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
4	MONUPROST 50MCG COLLY DOSE 30	3400926738266	8,78	-	1,02	0
1	Honor. dispens.	Ordo: 664245	0,51	-		0
1	Honor. dispens.		1,58	-		0
	HDA					

MONTANT TOTAL : 41,29 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ANC : 0,00 MONTANT ASSURE : 41,29
Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DE LA PLACE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS - FRANCE
Tél : 0143441233
Fax : 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com
SIRET:35354285500021 - NAF:4773Z - FR22353542855

Le 22/02/24 à 11h12 Op. : 2 _ M
Patient : TAHA BOUAMRI ABDELKRIM

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Honor. dispensation Co	TTC	TTC
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°541489

4	MONOPROST 50MCG COLLY	8,78	35,12
	Honor. dispens. HD7	1,02	4,08
	3400926738266 / 4		

--- HONORAIRES ---

1	HONOR. DISPENS. HDR	0,51	0,51
1	HONOR. DISPENS. HDA	1,58	1,58

Total HT : 40,44 Total TTC : 41,29

Part CLIENT : 41,29

TOTAL : 41,29

Espèces : 50,00

Rendu Espèces : -8,71

--- INFORMATIONS LEGALES ---

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	40,44	0,85	41,29

Ticket 177477/1078388 / B525/0370-4
(NF525) 126/ 1/FACTURATION/TICKET/4/N/UgRE/FYNU/2.20/2-
.20.3.3.R9/1

Imprimé le 22/02/24 à 11h12m33

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT - France

Vente directe

MAROC X - 74560

Qté	Description	Prix	Montant
1	MONOPROST 50µg/ml Collyr unidose 30Unit/0,2ml	9,80	9,80 4
		TOTAL HT	9,60
		TOTAL TTC	9,80
		A PAYER	9,80

dont honoraires 1,02

Règlements

Détail	TVA	HT	TTC
4 2,10%	0,20	9,60	9,80

Nb de lignes : 2 (dont 1 honoraire)

22/02/2024 11:23:09 ticket 2024013434-Original

Vous avez été servi par (H)-Poste LE020

Solde de votre compte client : 134,57 €

LE02.0 V215.3-(NF525)80416-Ns2U

SIRET 80290146200019 NAF 4773Z TVA FR10802901462