

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.

Éducation :

- 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N°D:
14232

Déclaration de Maladie : N° P19-0019283

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01516 Société :

Actif

Pensionné(s)

Autre :

Nom & Prénom : NAJIAH Abdellah

Date de naissance :

Adresse : 101 lot communal 83100 Mandelieu

Tél. : 06 46 66 60 00 Total des frais engagés : 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
<p>Pharmacie du Parc <u>Sophie ZBIB</u> <u>21, rue Formard</u> <u>75012 PARIS</u> <u>Tél. : 01.53.33.01.02</u></p>	<u>11/12/18</u>	<u>37€ 32</u>

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	

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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
P	

The diagram illustrates the three-dimensional structure of the human genome. It features a central vertical axis representing the z-axis, with horizontal axes extending left and right representing the x and y axes. Eight chromosomes, labeled A through H, are shown as circular loops attached to this central structure. Chromosome A is at the top, B is at the bottom, C is on the left, D is on the right, E is on the far left, F is on the far right, G is on the lower left, and H is on the lower right. Each chromosome is composed of several smaller circular segments, representing genes or specific DNA sequences.

[Création, remont, adjonction]

onctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CIP
SN
Lot
EXP

03400935444271

14021NWA08HDAK

QB11P

05/2022



الدكتور عبدالله مامو
Dr Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE

DU D'Angers

en expertise médicale

Ex. attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux



- اختصاصي في الأمراض العقلية والنفسانية
- حائز من جامعة أنجبي على دبلوم الخبرة الطبية
- ملحق سابق بمستشفيات باريس
- طيب مخالف لدى المحاكم

لدار البيضاء، في Casablanca, le 2-10-19

7^r Abd el Alem. MAFID

3xk3N- Depokot 50
SHAMMADEN
21 NOV 1988
75047
T-
TRE
INSE: 2

Durée de Traitement

R.D.V. le 02/01/2020 à 18H30

PHARMACIE DU PARC
 sophie MADAME ZERBIB
 21 RUE DE POMMARD
 75012 PARIS
 Tel: 0153330102
 N° SIRET: 80290146200019
 Code NAF: 5234A - FR10802901462
 FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE
 N°1588/684941

Du 11/12/2019
 Date de l'échéance 12/12/2019

MAROC X
 75012 PARIS

Prescripteur : XXX
 N° AM : 750000002
 Opérateur: _M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qte	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
DEPAKOTE 500MG CPR 90 3400935444271	PH7	0	1	33,056	2,10%	33,06
N° Ordonnancier : 867560						
N° Lots : 9R2J2						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	2,000	2,10%	2,00

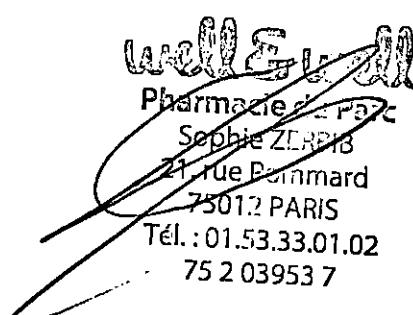
Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
36,55	2,1% (4)	0,77	37,32
Total HT		Total TVA	Total TTC
36,55		0,77	37,32

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	37,32

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	37,32
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 du Parc
 Sophie ZERBIB
 21 rue Pommard
 75012 PARIS
 Tél.: 01.53.33.01.02
 75 2 03953 7

(u) indique les quantités unitaires

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

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N° SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: MAROC X				
Ordonnance 684941				
3400935444271	4	1	33,75	33,75
DEPAKOTE 500MG CPR 90	90		{ 837560)	
	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
	4	1	2,04	2,04
Honor. dispens. HDE				
			Total TTC	37,32
			A Payer	37,32

TOTAL A PAYER : 37,32 (244,80F)
Montant HT : 36,55

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	36,552	0,768	37,32

Espèces : 40,00
Rendu monnaie : 2,68

Le 11/12/2019 à 09h20 Op. : 3 M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 92317/1296624 B0106-R1

124/ /1/FACTUR/ 120,00/4/N/AARF/ /MR
/2.8.1.2.316-2/2/1