

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

- 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 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



N°D:
14232


Déclaration de Maladie : N° P19- 0019283

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01556 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAJIB ABDENLAM Date de naissance : 17/12/19
Adresse : aven. Lot communal 801 MAHARREH
Tél. : 06 400 800 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 21 DEC 2019

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Parc Sophie BIB 21, rue Formard 75012 PARIS Tél. 01.53.33.01.02 75 2 03953 7	11/12/18	37€ 32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

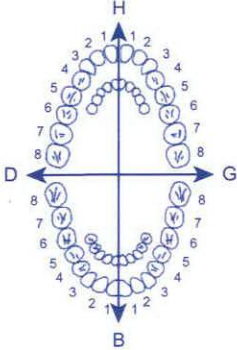
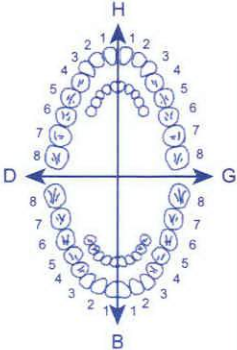
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> 	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CIP

03400935444271

SN

14021NWA08HDAK

Lot

9R1LP

EXP.

05/2022



الدكتور عبدالله مامو

Dr 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 والنفسانية

حائز من جامعة أنجي على دبلوم

الخبرة الطبية

ملحق سابق بمستشفيات باريس

طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 2 - 10 - 19 الدار البيضاء في

7th Abdellah MAMOU

Depakote 500mg

37x32

Pharmacie du Parc

21, rue Pomard

75012 PARIS

Tél.: 01.53.33.01.02

75 2 03 95 3 7

Durée de Traitement

R.D.V. le

02/01/2020 à 15H30

PHARMACIE DU PARC
21 RUE DE POMARD
75012 PARIS
Tél: 01 53 33 01 02
Cot: 01 53 33 01 02
INSEL: 75012 PARIS

DATE DESTINATION
1 DEPAKOTE 500MG C 340097
FR 90
1 Honor. dispens.
1 Honor. dispens.
HDE
MONTANT TOTAL: 37,32
MONTANT A.M.C.: 0,00
MONTANT ASSUR.: 37,32

Des montants s'entendant avant application de la franchise prévue à l'article L. 362-7 du Code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

Dr. Abdellah MAMOU
Neuro - psychiâtre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 06 22 47 60 00 / 10

Fact. Num.:
Date Fact.:
Date Ord.:
11/13/20
11/13/20
11/13/20

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	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
DEPAKOTE 500MG CPR 90 3400935444271 N° Ordonnancier : 867560 N° Lots : 9R2J2	PH7	0	1	33,056	2,10%	33,06
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

well & well
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

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

684941

date 31/12/2019

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

MAROC X

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

. 75012 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MADAME ZERBIB sophie

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DU PARC
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
752039537dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

XXX _

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

750000002

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

11/12/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref. LPP	Ut	Libelle
1	33,75	33,75		PH7	3400935444271			DEPAKOTE 500MG CPR 90
1	1,02	1,02		HD7				Honor. dispens. HD7
1	0,51	0,51		HDR				Honor. dispens. HDR
1	2,04	2,04		HDE				Honor. dispens. HDE

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

37,32

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MADAME ZERBIB sophie

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

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

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
Patient: MAROC X Ordonnance 684941				

3400935444271	4	1	33,75	33,75
DEPAKOTE 500MG CPR	90		(8,7560)	
	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/FACTURE 124/ /4/N/AARF/MR
 /2.8.1.2.16-22/1