

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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.

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0031887

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société : 49016

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE EP ZIDANI FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rahmoune Fatma Age: 25

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Sinusite

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 loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Fait à : Le : 21/11/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 21/11/2020 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ARESKI A. ARESKI Docteur en Pharmacie 15, rue 11 Mars 2007 85 22 16 - Casablanca | 21/11/2020 | 99.00 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

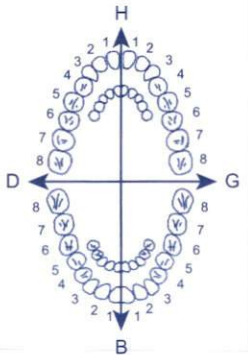
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|-------------------------------|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| CLINIQUE AL AMIN 73, Angl. Rue des Jallouj e. Aboumoussa Abdelmalik 0522 86 36 36 Fax: 0522 86 05 20 | 21/11/2020 | | Infiltration de l'apex 600 | | | |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



مصحة الامين
Clinique Al Amine

Casablanca le 21/22/2020

Rohmane Fetha

PHARMACIE ARESKI
A. ARESKI, Pharmacien
Docteur en Pharmacie
May Amine - Rue 3 N° 83
Tel : 85.32.10 - Casablanca

- Cedofop

7 p x 3 l

99,00

S.V

T=99,00 DH

- Stale 2 j 7 g
7 g 1 l

- Sinou 2 j 7

1 j toutes les 2 Sinou

PHARMACIE ARESKI
A. ARESKI, Pharmacien
Docteur en Pharmacie
May Amine - Rue 3 N° 83
Tel : 85.32.10 - Casablanca

CLINIQUE AL AMINE
Dr. Filal
Chirurgien
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)
CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr

73, Zénqa Ibn Jajl و هو مروان عبد المالك (بين شارع أنوال و مولاي إدريس الأول) حي المستشفيات - الدار البيضاء
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)
CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

Casablanca le 22/11/2020

Rachman Gtina

Diagnostic : gonarthrose bilatérale

Traitement : infiltration des 2 genoux
par l'acide Hyaluronique
(Sinovial)

Dr. F. H. H. H. H. H.
Chirurgien orthopédiste
et traumatologue



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

21/11/2020

Casablanca le

FACTURE: N°804

| | |
|------------------|---------------------|
| Nom et Prénom | Mme ;Rahmoune Fatna |
| Medecin Traitant | Dr Filali |
| Date | 21/11/2020 |

| LIBELLE | QTE | Prix Unitaire | Montant |
|-------------------------|-----|---------------|---------|
| Dr Filali | C3 | G | G |
| Infiltration du 2 genou | INJ | 600,00 | 600,00 |
| | | | 600,00 |

Arreter la presente facture a la somme de :

Six cent dhs .

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
Tél: 0522 86 36 36 - Fax: 0522 86 05 30

73, زنقة ابن جلجل و أبو مروان عبد المالك (بين شارع أنوال و مولاي إدريس الأول) حي المستشفيات - الدار البيضاء

73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)

CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr

C.N.S.S. : 6237508 - PATENTE : 036361410 - R.C. : 93759 - C.N : 78000210009016 - I.F : 1087028 - ICE : 001533163000028



| Facture | | |
|-------------------|------------|-------------|
| Numéro de facture | Date | Code client |
| 200012150 | 24/02/2020 | |

742005309

PHARMACIE DE GENEVE

M. Droux
1Route de Genève
74100 AMBILLY
FRANCE
Tél : 04 50 92 54 44
Fax : 04 50 38 72 95
E-Mail :

SIRET : 53253615800019 APE : 4773Z
TVA Intracommunautaire : FR56532536158

ZIDANI ASMAA
1 CHEMIN DES VERGERS
57340 SUISSE
Tél : 0041218251967

Mode de règlement : Espèces
Echéance : 01/03/2020

| Code13Réf | Désignation | Qté | HT U Brut | %Rem | HT U Net | Mt HT Net | %TVA |
|-----------------|--------------------------|-----|-----------|------|----------|-----------|------|
| 34010 9474751 7 | SINOVIAL SRG PRE-R 2ML 3 | 2 | 70,4167 | 0,00 | 70,4167 | 140,83 | 20,0 |

Quantité totale des produits : 2

| Taux TVA | HT Brut | %Rem | Remise | HT Net | TVA | Total Net HT | |
|---------------|---------|-------|--------|--------|-------|--------------|--|
| 20,0% | 140,83 | 0,00% | 0,00 | 140,83 | 28,17 | 140,83 EUR | |
| | | | | | | 28,17 EUR | |
| | | | | | | 169,00 EUR | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Totaux | 140,83 | 0,00% | 0,00 | 140,83 | 28,17 | | |

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

GRANDE PHARMACIE DE GENEVE

1, rue de Genève 74100 AMBILLY

Tél. 04 50 92 54 44

Adeli 74 200 53 09

grandepharmaciedegeneve@gmail.com

www.pharmaciedegeneve.com

742005309 PHARMACIE DE GENEVE - 1Route de Genève - 74100 AMBILLY

Siret: 53253615800019

APE: 4773Z - - TVA Intracommunautaire : FR56532536158