

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	09633	Société :	R A M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BATHRI MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0665 307725	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12 JAN 2020
Nom et prénom du malade :	AZIZA BAHRI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Age: 07 ans	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03 10 1 2020

A. Bahri

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		130,97 Euro

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>D G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

د. عفاف بن يطو

طب الأطفال

مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ

أمراض الاستقلاب الوراثية

أمراض الجهاز العضلي والعصبي

مشاكل التعلم الدراسي

التأخر الذهني

التوحد - فرط النشاط الحركي

Dr. BEN ITTO AFAF

Pédiatrie générale

Epilepsie, Vidéo EEG

Maladies métaboliques et génétiques

Maladies neuromusculaires

Troubles des apprentissages scolaires

Retard Mental

Autisme et Hyperactivité



CCPNP
CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEURO Pédiatrie

٥٢٠١٦١٩

Béni Arwa

P = 18mois

2) - keep me sleep longer

Ibn Rochd

Ibn Rochd

06 Mois

CC
CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEURO Pédiatrie

DR BEN ITTO AFAF
Cabinet Casablanca de Pédiatrie et de Neuropédiatrie
Tel: 0522 278 392 E-mail: afaf.benitto@gmail.com

Résidence Ibn Rochd (En Face De La Porte Principale Du CHU Ibn Rochd), 4^{ème} Étage, N° 12, Quartier Des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 0522 278 392 / E-Mail : afaf.benitto@gmail.com

العنوان : رقم 12، الطابق 4، إقامة ابن رشد رقم 50، حي المستشفيات (قبالة الباب الرئيسي للمستشفى الجامعي ابن رشد - موريزكو) الدار البيضاء

Keppra®

100 mg/ml
solution buvable

Keppra®

100 mg/ml
solution buvable
Lévétiracétam



4+ ans

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°1640/687389

Du 26/12/2019

Date de l'échéance 27/12/2019

MAROC X

75012 PARIS

Prescripteur : XXX _

N° AM : 750000002

Opérateur: _ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
KEPPRA 100MG SOL BUV 300ML 3400937023818	PH7	0	2	62,889	2,10%	125,78
N° Ordonnancier : 870480						
N° Lots : 1167						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
128,28	2,1% (4)	2,69	130,97
Total HT		Total TVA	Total TTC
128,28		2,69	130,97

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	130,97

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	130,97
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 2039537

(u) indique les quantités unitaires

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

126/1/FACTURATION/FACTURE/AAMU/N/AAMA/N/AAMN/2.10.2.1.P0-55/1/B17/0106-R2/95312

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

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: MAROC X				
Ordonnance 687389				

3400937023818	4	2	64,21	128,42
KEPPRA 100MG SOL BUV 300ML			(870480)
Du(s): 1x				
	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				

	Total	TTC		130,97
	A Payer			130,97

TOTAL A PAYER : 130,97 (859,11F)
Montant HT : 128,28

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	128,276	2,694	130,97

Espèces : 150,00
Rendu monnaie : 19,03

Le 26/12/2019 à 17h07 Op. : 3 _ M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 95312/1300642 B17/0106-R2
126/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAQB/AAMU
/2.10.2.1.P0-55/1