

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-438336

NB = 21065

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <u>2238</u>			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>TASCI ABDELMOUD AYMAN</u>			
Date de naissance : <u>18 02 1946</u>			
Adresse : <u>Rue 15 AL FIRDAWS - VILLA 22 - Rte S'Agouira</u>			
Tél. : <u>22 61 09 23 45</u> Total des frais engagés : <u>32.80 Dhs + 139 Euro</u>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/04/2020

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
09/12/19	CHIRURGIE	1	500,00	INP : 091210823 DH

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE DU GRAND LEBRUN	Date	Montant de la Facture
JF BRIN - B LAFFORGUE - JC VAYSSIÉ		
103 Av du Général Leclerc	7/12/20	43,28 Euros
33200 BORDEAUX - CAUDERAN	9/12/20	43,28 Euros
Tel: 05 56 08 30 91 Fax: 05 56 08 14 73		
33 2 02229 2		
05/12/19		302,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DU GRAND LEBRUN			
JF BRIN - B LAFFORGUE - JC VAYSSIÉ			
103 Av du Général Leclerc			
33200 BORDEAUX - CAUDERAN			
Tel: 05 56 08 30 91 Fax: 05 56 08 14 73			
33 2 02229 2			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Lot 18K3906

EXP 10

18K3906

Lot 18K3906

EXP 10

18K3906

Lot 18K2506

EXP 10

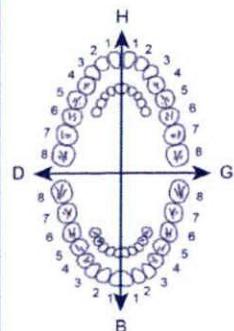
18K2506

Vesicare™ 10 mg
comprimé pelliculé
Succinate de solfénacine
Boîte de 30 comprimés pelliculés

Vesicare™ 10 mg
comprimé pelliculé
Succinate de solfénacine
Boîte de 30 comprimés pelliculés

Vesicare™ 10 mg
comprimé pelliculé
Succinate de solfénacine
Boîte de 30 comprimés pelliculés

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

CODE No.: MPIDRUGS25/24/83
Medicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/INN
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

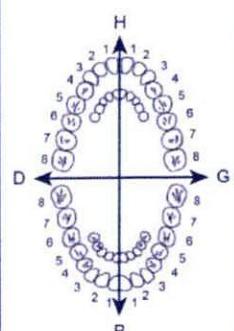
DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ex. Professeur associé à la faculté de médecine de Lille (France)

Ancien Chef de Clinique et Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Membre des Associations Française et Européenne d'Urologie



الدكتور عادل وزان

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

أستاذ باحث سابق في كلية الطب
بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية
بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية والأوروبية
لجراحة المسالك البولية

PHARMACIE BAZIA CASABLANCA
Eq.3 Zone Industrielle d'Arechour
Casablanca

2019.12.05, CASA

MB TADOU' Abdelmounen

CV

PHARMACIE
Eq.3 Zone
Industrielle d'Arechour
Casablanca

193.10
+
109.40
109.10
302.10

0-0-1 (3 mois)

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca
Fix: 0522 23 84 73

Vesicare 15 mg (acheté à Bar le Duc).
Solficar 10 mg (acheté à Bar le Duc).
0-0-1 (3 mois)

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca
Fix: 0522 23 84 73

PHARMACIE DU GRAND LECLERC
JP GRIM - B LA GRANGE - JC VAYSSIE
Télé: 05 56 08 30 91 Fax: 05 56 08 14 73
33 2 02229 2

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca
Fix: 0522 23 84 73

22, Bd Yacoub El Mansour (5^{ème} étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 ، المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél: 05 22 23 84 73 - E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma



PHARMACIE BADIA

EQ3, zone: 3 route d 'azemmour, CASABLANCA

R.C :39005

Patente:35631136

T.V.A :

C.N.S.S:6719530

Tél :0522. 91. 38 .73

Le 15/12/2019

FACTURE N°222823

N° ICE : 001840314000063

N° IF : 25082533

MR TADILI ABDELMOUNAIM

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CONTIFLO OD 0.4MG COMP BT60	193,10	193,10	12,63	7,00
1	CONTIFLO OD 0.4MG /30 GELU	109,70	109,70	7,18	7,00

PHARMACIE BADIA CASABLANCA
Eq.3 Zone 3 Route d'Azemmour
Casablanca

TOTAL T.T.C :

302,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	302,80	Montant :	19,81	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois Cent Deux Dirhams et 80 centimes.

ELARL PHARMACIE DU GRAND LEBRUN
 3RIN LAFFORGUE VAYSSIE
 33 avenue du general Leclerc
 3200 BORDEAUX CAUDERAN
 tel: 0556083091
 SIRET: 84493462000015
 code NAF: 4773Z - FR66844934620
 RANCE

Page 1 / 1

DUPLICATA FACTURE

N°829

Du 07/12/2019

Date de l'échéance 08/12/2019

TADILI Abdelmoumen
 casablanca
 33200 BORDEAUX

Opérateur: _C

Designation code produit	Qte	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ESICARE 5MG CPR 30 00936551503	3	17,914	-2,10%	53,74
N° Ordonnancier : 621508				
N° Lots : 19A0901				
onor. dispens. HD4	3	0,999	2,10%	3,00
ESICARE 10MG CPR 30 00936551671	3	17,914	2,10%	53,74
N° Ordonnancier : 621509				
N° Lots : 18K2506				
onor. dispens. HD4	3	0,999	2,10%	3,00
ECIR LP 0,4MG CPR 30 00936962552	3	6,562	2,10%	19,69
N° Ordonnancier : 621510				
N° Lots : 19F0912				
onor. dispens. HD4	3	0,999	2,10%	3,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
136,16	2,1% (4)	2,86	139,02
Total HT		Total TVA	Total TTC
136,16		2,86	139,02



Mode(s) de règlement
 Règlements multiples
 (CB) 139,02

Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euros

embre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

ndique les quantités unitaires

Les codes TVA: code 4: taux 2.1