

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

- 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.

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° W21-772078

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2630 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL MOHAMMED

Date de naissance : 01.07.58

Adresse : ZKAOURA Rue 05 N° 13 Casa

Tél. : 0633872818 Total des frais engagés : 50.82 EUROS

Cadre réservé au Médecin

Docteur Emmanuel ZING

Rhumatologue
Groupe Médical des Carnets
51, Rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART

Tel : 01 46 31 36 70 - Fax : 01 46 31 41 21
RPPS : 10001488476

Date de consultation : 18/11/2022

Nom et prénom du malade : HILAL MOHAMMED Age : 64 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : rhumatoïde

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 Le : 18/11/2022

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
18/11/2022	C5 + mpchnc	1	45,00	<div> <div> Emmanuel ZING </div> <div> Rhumatologue Groupe Médical des Carnets 51, Rue de la Porte de Trivaux 92140 CLAMART Tel.: 01 46 31 36 70 - Fax : 01 46 31 41 21 RDPS : 10001488476 </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PARIS du Fournisseur PHARMA Votre santé est capitale PHARMACIE ORLY SUD BP A190 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX Tél. : 01 49 75 74 70 / 67-2th	18.11.2022	582

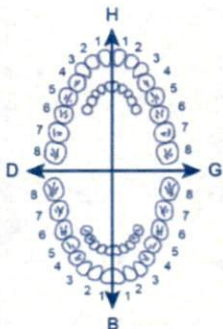
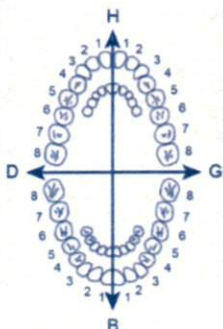
[illegible][illegible]

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'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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOILE ADHÉRENT

Docteur ZING Emmanuel

Groupe Médical des Carnets
51, rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART

Tél : 01 46 31 36 70
Fax: 01 46 31 41 21
scm.carnets@hotmail.com

RHUMATOLOGUE

10001488476 - ADELI : 921043220



CLAMART, le Vendredi 18 Novembre 2022

Emmanuel.ZING@medical92.apicrypt.org
(pour les professionnels)

M. Mohammed HILAL, 64 ans

Honoraires reçus le 18/11/2022, de 45 euros 00 centimes, en Carte Bancaire.

Il s'agit d'une CS+MPC+MCS (Conventionné Secteur 2-OPTAM), au tarif de 45 euros 00 centimes dont zéro euro de tiers payant.

Dépassement: quinze euros.

Reste à charge de 45 euros 00 centimes réglé par le patient.

Facture acquittée.

Docteur Emmanuel ZING

Docteur Emmanuel ZING
Rhumatologue
Groupe Médical des Carnets
51, Rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART
Tel : 01 46 31 36 70 Fax : 01 46 31 41 21
RPPS : 10001488476

En cas d'urgence, appeler le 15

Membre d'une Association de Gestion Agréé, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Docteur ZING Emmanuel

Groupe Médical des Carnets
51, rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART

Tél : 01 46 31 36 70
Fax: 01 46 31 41 21
scm.carnets@hotmail.com

RHUMATOLOGUE

10001488476 - ADELI : 921043220

RPPS



CLAMART, le Vendredi 18 Novembre 2022

Emmanuel.ZING@medical92.apicrypt.org
(pour les professionnels)

M. Mohammed HILAL, 64 ans

DIPROSTENE SER 1ML 1

1 seringue, pour infiltration locale.

Nombre de produit : 1

Docteur Emmanuel ZING
Rhumatologue
Groupe Médical des Carnets
51, rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART
Tel : 01 46 31 36 70 - Fax : 01 46 31 41 21
RPPS : 10001488476

En cas d'urgence, appeler le 15
Membre d'une Association de Gestion Agréé, le règlement des honoraires par chèque est accepté

3809
18/11/2022
18/11/2022
Date Fact.
Date Ord.
912013828
Medecin: ZING E
Code Op: SZ
Malade: HILAL Mohammed
17 rue Francisco Asensio
CIP
Prlx/U Base SS HD TXSS
1 DIPROSTENE SER 1 3400932005093 4,29 1,02 0
ML 1
I Honor. dispens.
HDR
MONTANT TOTAL : 5,82
MONTANT AMC : 0,00
MONTANT ASSURE : 5,82
Ces montants s'entendent avant application du cas échéant
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE ORLY SUD
 Caroline AZOULAY
 BP 190
 94542 AEROGARE SUD CEDEX 190
 FRANCE
 Tel: 0149757470
 N° SIRET: 43864744800010
 Code NAF: 4773Z - FR04438647448

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
Patient: HILAL Mohammed				
Ordonnance 3809				
3400932005093	4	1	4,29	4,29
DIPROSTENE SER 1ML	1		(3486)
	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
Total TTC				5,82
A Payer				5,82

TOTAL A PAYER : 5,82 (38,18F)

Montant HT : 5,70

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	5,700	0,120	5,82

CB : 5,82

Le 18/11/2022 à 14h25 Op. : SZ S

Montants exprimés en Euros

AUCUN RETOUR DE PRODUIT NE SERA ACCEPTE
 A BIENTOT
 MERCI POUR VOTRE VISITE

PARIS PHARMA
 Votre santé est capitale
 PHARMACIE ORLY SUD
 94542 AEROGARE CEDEX
 Tel.: 01 49 75 74 70 / 6h-21h
 Dr Caroline BOHEI
 Email: orlysud@gmail.com
 Ticket 17102/21304
 BP 190
 106/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/RQNZ/QURY
 /2/14.1.3.RT3-121/1



FSC
www.fsc.org

MIXTE

Papier issu de
sources responsables

FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS



FSC
www.fsc.org

MIXTE

Papier issu de
sources responsables

FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS

PHARMACIE ONLY AEROGARE CEDEX
BP A90 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX
Tél : 01 48 78 74 70 / 88-211
Lr Caroline BIGHET
maill.com