

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.

N° W21-793183

A 7/2/23

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04788

Société :

Retraitee
KERMoudi Laïla

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KERMoudi Laïla

Date de naissance :

03/03/1963

Adresse :

Les Jardins de l'Océan V6
DAR BOUAFZA CASA

Tél. :

0661214142

Total des frais engagés :

522 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

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 :

Casa

le 06 Août 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le 06 Août 2023

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
13/07/2022	LES JARDINS SAINT SAVIN pour faire une visite blanche le 13/07/2022 000042	6000		ELLE N Médecine Gén Résidence Annou MEILLEURS VISCHE

EXECUTION DES ORDONNANCES			
PHARMACIE DE LA JEANNE D'ARC ROUTE DE L'ESPAGNE 25 DARDOUAT 33260 SAINT SEBASTIEN SUR L'OSEILLE	Date	Montant de la Facture	
DELEGUE DU PHARMACIEN ROUDEQUAISSE	13/7/23	14.	
DELEGUE DU PHARMACIEN ROUDEQUAISSE	13/7/23	358.	

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

RELEVE DES SOINS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser le ou les dents traitées, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000	00000000	35533411 11433553	
		H	G											
		25533412 00000000	21433552 00000000											
D		B												
00000000		00000000												
35533411 11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplôme de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MÉDECIN GÉNÉRALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité)

Autorisation N° : 12457

الدكتورة نتالي بيل

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية و أمراض التغذية
السكري - السمنة - الكوليستروول

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le : 11/07/23 الدار البيضاء في:



BEN 87144

lailc

14-0 Dolores CG

ICP 085 600 refére

~~PHARMACIE DES JARDINS
DE L'OCÉAN BAY SIDI AH
Route d'Agdzemour Km 2^{1/2}
Dar Bouazza - Casablanca
Tel: 05 22 29 08 29
RC : 399369 - T.P. : 32960413~~

DR. PAYELLE
MÉDECIN
RÉSIDENCE
Avenue Annour Immeuble 2
Tél: 05 22 36 84 764
22 36 84 76 60 20160
Annour Immeuble 2
Casablanca 20160
Tél & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22 - ICE : 001748409000044

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - Casablanca - INPE : 091117341

Tél & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22 - ICE : 001748409000044

**Pharmacie LES JARDINS DE L'OCEAN -
Casablanca (NEW)**

Leila LADRHAM



Facture N° FAC-236761

Date : 13/08/2023

kermoudi leila

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
OMEGACOEUR B60 CAPSULES	1	308,00	3	308,00



Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	51,33

Total HT	256,67 DHS
TVA	51,33 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	308,00 DHS
Total	308,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent huit DHS

RC: 399369
 TEL: 0522 22 08 29
 Dar Bouazza 22 Casablanca
 Route d'Almouzine
 Pharmacie Les Jardins de l'Océan
 PER: 02/26
 LOT: M540
 PPV: 14DH00