

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0030596

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société : 189993

☐ 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 : 07/12/2023

Nom et prénom du malade : RAHMOUNE FATNA Age :

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

Nature de la maladie : Rhumatisme chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

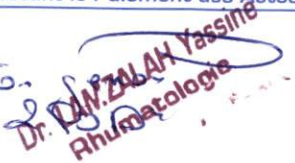
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : 07/12/2023

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
07/12/23		CS = 2,000		
		Visc = Supplémentation		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

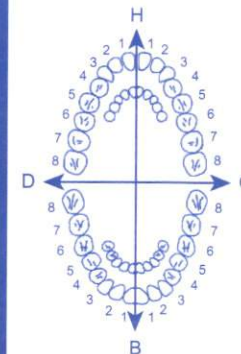
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

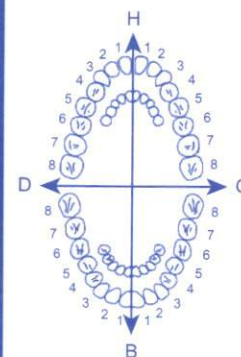
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

الدكتور ياسين لمزالاه

أخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصل والعمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

إلتهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض لعمودا الفقري

الفحص بالصدى (البيج)

العلاج بالادوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Nom :

Casablanca le : 04/12/23

M. RAHMOUNE FATMA

INPE. 05120865

Act. CS. 250 D4

↳ Supplémentation du genou

Droit 250 D4

Dr. LAMZALAH Yassine
Rhumatologie

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء
Sidi Maarouf 4, Rue 36 N 4, 1^{er} étage - Casablanca tél : 0522831213 Tél : 0774074424
E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

الدكتور ياسين لمزالاه

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

أخصائي في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل والعمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض لعمودا الفقري

الفحص بالصدى (البيج)

العلاج بالادوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Casablanca le : 07/12/23

Nom :

Mr Rahmoun
Fatou

Doliprane

1 g

1 cp 3/3

Deposant

1 mg

Dr. LAMZALAH Yassine
Rhumatologie

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maarouf 4, Rue 36 N 4, 1^{er} étage - Casablanca tél : 0522831213 Tél : 0774074424

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

3)

Transfusions

Δ cap/j

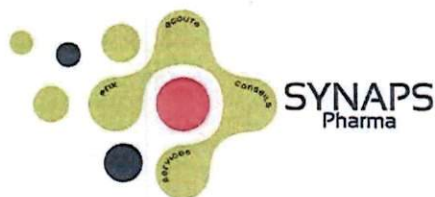
$\bar{m} \Delta$ an

H/

Sinoidal

Δ in T-ly-

WIKI RASING
Rheumatology



Facture

Numéro de facture	Date	Code client
230072521	09/11/2023	

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

Duplicata 1

ZIDANI ASMAA

1 CHEMIN DES VERGERS

57340 SUISSE

Tél : 0041218251967

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/01/2024

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
8033638957004	SINOVIAL SRG PRE-R 2ML 3	1	70,4167	0,00	70,4167	70,42	20,0
34009 3263409 5	URISPAS 200MG CPR BT42	1	5,8570	0,00	5,8570	5,86	2,1
34009 3230077 8	TITANOREINE SUP BT12	3	5,3636	0,00	5,3636	16,09	10,0
34009 3237240 9	TITANOREINE 2% CR LIDOCAINE TB:	2	5,3636	0,00	5,3636	10,73	10,0
34009 3392696 0	GLYCERINE GIFRER SUP AD.SAC100	1	6,2727	0,00	6,2727	6,27	10,0

Quantité totale des produits : 8

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
20,0%	70,42	0,00%	0,00	70,42	14,08	109,37 EUR	
10,0%	33,09	0,00%	0,00	33,09	3,31	17,51 EUR	
2,1%	5,86	0,00%	0,00	5,86	0,12	126,88 EUR	
Totaux	109,37	0,00%	0,00	109,37	17,51		

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.

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

Siret: 53253615800019

APE: 4773Z - RIB : - TVA Intracommunautaire : FR56532536158