

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

197437

Déclaration de Maladie : N° S19-0053067

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4765 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ESSAFIA JAMA Date de naissance : 27/02/1963

Adresse : 1 lot OCEAN DANBANZO

Tél. : 661 18075 Total des frais engagés : 148.74 Euro 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. N. LATIF IDRISSE

TRAUMATO ORTHOPEDIST

75, Boulevard Massira Al Khaïr

tél 05 22 25 23 25/ 05 22 26 03 12 36 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

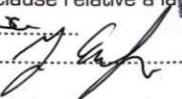
Nature de la maladie :

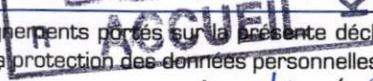
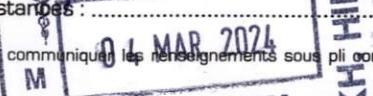
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : 



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
32.204	U	/	30000	DT. N. LAUMAT Boulevard ORTIE 522525 03/03/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/24	<p>94542 orly aérogare cedex</p> <p>aérogare sud cedex A 180</p> <p>Pharmacie orly sud</p>

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES TRAIS 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a 3D grid structure with 12 layers. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'G' on the right, and the depth axis is labeled 'D' on the left. The grid is composed of small circles arranged in a grid pattern. The layers are numbered from 1 to 12, with 1 at the top and 12 at the bottom. The grid is shown in perspective, with the top layer being the smallest and the bottom layer being the largest.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste



Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنات

رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

MONSIEUR
ESSOFTI JAHIR

السيد (ة) :

Abnormal Flexations -



Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Khadra, 1er étage
Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07

Signature

PHARMACIE ORLY SUD
BP 190
94542 AEROGARE SUD CEDEX 190
912013828
Tel :0149757470
INSEE:

Fact. Num. : 29706
Date Fact. : 15/02/2024
Date Ord. : 03/02/2024
Medecin: LATIF IDRISI N
Code Op: YEI
Malade:ES SAFHI JAMAL
CASABLANCA

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	HEXATRIONE 2% AM	3400931841302	9,36	-	1,02	0
	P 1		Ius: 1	Ordo: 28928		
1	Honor. dispens.			0,51	-	0
	HDR					

MONTANT TOTAL : 10,89 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURÉ : 10,89
Ces montants s'entendent ayant application, le 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.

Dr. N. Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste



الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام والمقاصيل

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح مستشفى بنانت

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمقاصيل

Casablanca, le :

3/12/05

Mr. (Mme) : Josephine Jauj السيد (ة) :

① GO - 00 38111 -



3401045063284
Solution viscoélastique, acide hyaluronique
Mylan Medical SAS, GO-ON, B/1

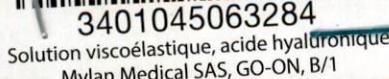
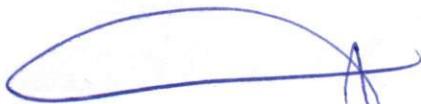
Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO ORTHOPEDIST

75, Boulevard Massira Al Khadra

105 22 25 23 25/05 22 25



3401045063284
Solution viscoélastique, acide hyaluronique
Mylan Medical SAS, GO-ON, B/1



3401045063284
Solution viscoélastique, acide hyaluronique
Mylan Medical SAS, GO-ON, B/1

PHARMACIE ORLY SUD Fact. Num. : 29704
BP 190 Date Fact. : 15/02/2024
94542 AEROGARE SUD CEDEX 190 Date Ord. : 03/02/2024
912013828 Medecin: LATIF IDRISI N
Tel : 0149757470 Code Op: YEI
INSEE: Malade: ES SAFHI JAMAL
CASABLANCA

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
3	GO-ON SOL INJ 2,	3401045063284	45,95	-		0
	5ML SER 1					

MONTANT TOTAL : 137,85 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 137,85

Ces montants s'entendent ayant application, le 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

BP 190

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190 - FRANCE

Tél : 0149757470

Fax : 0149757581

pharmacieorly4@gmail.com

SIRET:43864744800010 - NAF:4773Z - FR04438647448

Ouverture de 8h30 à 19h30

Le 15/02/24 à 15h20 Op. : YEI YOUSSEF E
Patient : ES SAFHI JAMAL

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Honor. dispensation Co	TTC	TTC
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°29706

1	HEXATTRIONE 2% AMP 1	9,36	9,36
	Honor. dispens. HD7	1,02	1,02
	3400931841302 / 4		

--- HONORAIRES ---

1	HONOR. DISPENS. HDR	0,51	0,51
---	---------------------	------	------

Total HT :10,67 Total TTC : 10,89

Part CLIENT : 10,89

Patient : ES SAFHI JAMAL

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°29704

3	GO-ON SOL INJ 2,5ML S	45,95	137,85
	3401045063284 / 6		

Total HT :114,88 Total TTC : 137,85

Part CLIENT : 137,85

TOTAL : 148,74

Espèces : 150,00

Rendu Espèces : -1,26

--- INFORMATIONS LEGALES ---

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	10,67	0,22	10,89
20,00%	6	114,88	22,98	137,85

Ticket 115128/137950 / B525/0370-4

(NF525) 107/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/hYMN/MUMR/2.20/2-
.20.3.3.R4/1

Imprimé le 15/02/24 à 15h20m24

AUCUN RETOUR DE PRODUIT NE SERA ACCEPTE
A BIENTOT

MERCI POUR VOTRE VISITE