

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.



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 : ESSAFH JAMA Date de naissance : 27/02/1962
Adresse : 1 Lot OCEAN DANNOUZZO
Tél. : 661 180079 Total des frais engagés : 148 74 Euros 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Kha
Tél 05 22 25 23 25/11/22 26 08 123 3039
Date de consultation : 03/02/2024
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 : CASABLANCE Le : 04/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
22/04/24				

DR. N. LATOUCHE
TRAUMATO ORTHOPÉDIE
 75, Boulevard Masséna
 06 03 22 25 23 24
 06 03 22 25 23 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/04/24	94542 only aéroga cedex aéroga sud cedex A.90 Pharmacie only sud

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

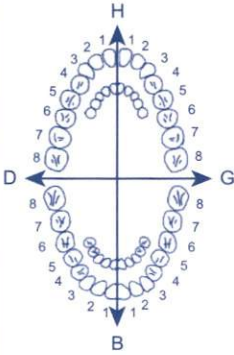
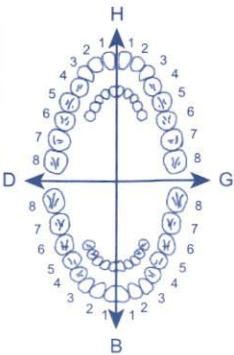
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			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

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

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

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

Ahmed Hekhaloune



PC : 03400931841302

SN :

448452885971



Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél : 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 IDRISSE 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

Dus: 1 Ordo: 28928

1 Honor. dispens. 0,51 - 0

HDR

MONTANT TOTAL : 10,89

MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMC : 0,00

MONTANT ASSURE : 10,89

Ces montants s'entendent avant 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 - IDRISSE

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

Chirurgien Orthopédiste

جراحة العظام و المفاصل

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

بسم الله

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

① GO - ON 3/4tr -



3401045063284

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



3401045063284

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



3401045063284

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

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO ORTHOPEDIST

75, Boulevard Massira Al Khadra
05 22 25 23 25 / 05 22 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07

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 IDRISSE 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	HEXATRIONE 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/hYNN/MUHR/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