

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.

Pathologie 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.

Prothèse 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

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° P19-0009159

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2200 Société : OTRITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAFALI MOULAY HACHAM Date de naissance : 1951
Adresse : DARB KABIR Rue 13 N° 52 CAS
Tél. : 0664069671 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAJEL ALAMI
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

Date de consultation : 28/06/2018
Nom et prénom du malade : M. DAFALI MOULAY HACHAM
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : JID
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

30.000

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture

38 € 80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

La pratique est définie comme 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

--	--	--	--	--

					Coefficient	
--	--	--	--	--	-------------	--

				DES TRAVAUX

[illegible]

				MONTANTS	
--	--	--	--	----------	--

				MONTANTS
				DES SOINS

[illegible]

D \longleftrightarrow G

8	8				
---	---	--	--	--	--

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-------	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES MASTICATOIRE

	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX
--	---	----------------------------

25533412	21433552	DES TRAVAUX
----------	----------	-------------

	00000000	00000000	
D			G

H	00000000	00000000
A	25522444	11422552

MONTANTS	
35533411	11433553

	B	DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

7 10	7 8	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
---------	--------	--

D \longleftrightarrow G

DATE DO
DEVIS

7 6 7 6

1 stylo prérempli contient 3 ml soit 300 unités,
glycérol, phénol, métacrésol, chlorure de zinc,
phosphate disodique dihydraté, chlorure de sodium,
sulfate de protamine, acide chlorhydrique/hydroxyde
de sodium pour l'ajustement du pH et eau pour
préparations injectables

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Lire la notice avant utilisation

Remettre en suspension conformément aux
instructions

N'utiliser le liquide remis en suspension que s'il est
uniformément blanc, opaque et aqueux

Réservé à l'utilisation par un seul patient

Avant ouverture : à conserver au réfrigérateur
(entre 2°C et 8°C)

En cours d'utilisation : à utiliser dans les 4 semaines.

Ne pas mettre au réfrigérateur. À conserver à une
température ne dépassant pas 30°C

Ne pas congeler

Conserver le capuchon sur le stylo, à l'abri de la
lumière

Jeter l'aiguille après chaque injection

Médicament soumis à prescription médicale

EU/1/00/142/009

Respecter les doses prescrites

Liste II

Uniquement sur ordonnance

Médicament autorisé n° :

3400935676641

France



Soyez très prudent

Ne pas conduire
sans l'avis d'un
professionnel
de santé

Novo Nordisk
Tél : +33 (0)1 41 97 65 00
N° Vert : 0 800 80 30 70



Novo Nordisk A/S,
Novo Allé,
DK-2880 Bagsværd,
Danemark

FlexPen®
30 % d'insuline asparte
soluble et
70 % d'insuline asparte
cristallisée



**30 % d'insuline asparte
soluble et
70 % d'insuline asparte
cristallisée avec de la
protamine**

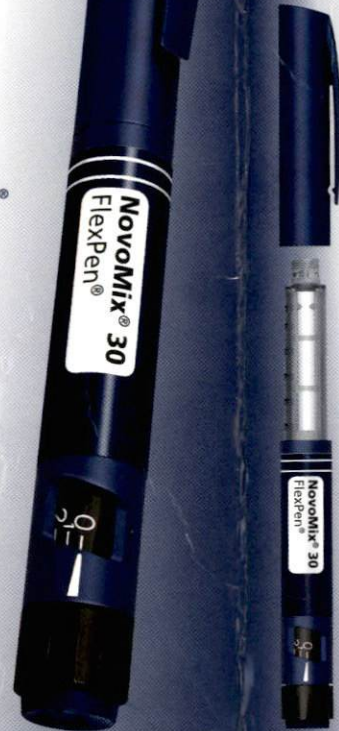
Voie sous-cutanée

Conçu pour être utilisé avec les
aiguilles NovoFine® ou NovoTwist®
à usage unique d'une longueur
maximale de 8 mm

Les aiguilles ne sont pas incluses



FlexPen®
30 % d'insuline asparte
soluble et
70 % d'insuline asparte
cristallisée



PC/SN/EXP/Lot:

03400935676641



1879476853595
08/2020
JF61657

PHARMACIE DU CORMIER

Yann LANOE

35 2 00344 6

42 Rue P Langevin

35200 RENNES

Tel: 02.99.50.89.67.

Ordonnance: 13/09/19

Delivrance: 13/09/19

Vendeur: G

Facture no : 422096

Malade : DAFALI

29865 Zhao

35200 RENNES

Medecin: CHAUMONT

35000179

Qte---P.unit-Cip-----Designation-----Base-----taux---Ordo--
1 35.23 3400935676641 NOVOMIX 30 FLEXPEN 1000 ST LAG 35.23 02 65% 000429053
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSE 0.51 0%
HONORAIRE MEDICAMENT SECURITE 0%

TOTAL GENERAL: 38,80 TOTAL ASSURE:

TOTAL R.O.:

TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

DOCTEUR MAJD EL ALAMI

Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U. Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد الحلمي

الطب العام

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات (فرنسا)

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السكري - السمنة - الكوليسترول)

Casablanca, le : 28-06-19 : الدار البيضاء في :

Dr. DAFALI Zoua

Noromix 30 flex per

28 vi

12 vi

Glucofag 1000

per 2/5

الدكتور مجد الحلمي
Dr. MAJD EL ALAMI
31 شارع عبد الله الصنهاجي حي الأمل 3 - الدار البيضاء
31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

31. شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل 3 - الطابق الأول - الدار البيضاء

31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1^{er} Etage - Casablanca

Tél. : Cabinet : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76



PHARMACIE DU CORMIER
Yann LANOE
42 Rue P Langevin
35200 RENNES
France

N° SIREN : 404146276
 N° TVA intracommunautaire : FR47404146273
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 02.99.50.89.67.
 E mail : phcormier@aol.com

DAFALI Zhao

35200 RENNES
 France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 100 G

Facture n° 56791 du 13/09/2019 - vente n° 119091300020 - FSE n° 422096

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3567664 1	NOVOMIX 30 FLEXPEN 100U STYLO3ML 5	1	34,505	34,51	2,10	35,23
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	1,998	2,00	2,10	2,04
Totaux		1		38,01 €		38,80 €

Banque: credit agricole longschamps

IBAN:

Part principale		Part assuré	38,80
Part complémentaire			

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	38,01	0,79	38,80
Totaux	38,01	0,79	38,80

Net à payer 38,80

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 13/09/2019.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

