

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.

Biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 personnelles.

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 : OTLITE

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 : دكتور محمد العلوي Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAJL EL ALAMI
محل العلاج: 31، الشارع الثالث، حي العمال، الدار البيضاء
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél: 06 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

Date de consultation : 28.06.2018

Nom et prénom du malade : M. DAFALI Age : 67

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ALD

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/03/2012 | CS | 150 | 150 | DR. ABDELAH SIDIQI 28/03/2012 |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Code du Pharmacien et du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 13/09/19 | 38 € 80 |

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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |

O.D.F
PROTHESES DENTAÎRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{r|l}
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 00000000 & 00000000
 \end{array}$$

[Création, remont, adjonction]

| | |
|---|--|
| X | |
| | |
| | |
| | |
| X | |
| | |
| | |
| | |

1 stylo prérempli contient 5 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

Réserve 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®
o prérempli
te soluble et
te 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



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
Délivrance: 13/09/19
Vendeur: G

Facture no : 422096
Malade : DAFALI
29865 Zhoa

35200 RENNES

Medecin : CHATONCHAT
35000 RENNES

Qte--P.unt-Cip-----Designation-----ba-----taux---Ordo--
1 35,23 3400935676641 NOVOMIX 30 FLEXPEN 1000 SYPG 35,23 02 65% 000429053
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSE 0,51 0%
HONORAIRE MEDICAMENT SFP 0,00 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 مجذ العلمي

الطب العام

طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات (فرنسا)
شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية
(السكري - السمنة - الكوليستروول)

Casablanca, le :

28/06/18

الدار البيضاء في :

7^{me} JAFALI Zay

Nouomix 30 fl x 1000

28/06/

12/01

Glycomix 1000

24/02/15

Dr. MAJD EL ALAMI
شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل 3 - الطابق الأول - الدار البيضاء
31, Bd Abdellah Senhaji Hay Amal 3, 1^{er} Etage - Casablanca
Tél : 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 : 4713Z

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

DAFALI Zhoa

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 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.

