

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 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 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 Aïl Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïl Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-803553

167742

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3183 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AHRANI JOUTET Abdelilah
 Date de naissance : 11/21/1953
 Adresse : VILLA 7 L'ENSEMBLE TOURIA BOUSKOURA
 CENTRE CASABLANCA
 Tél. : 0661 595001 Total des frais engagés : 30,03 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 : Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
16/9/2023	Rosuvastatine 40	30	11.54	INP : C. W. H. S. H. M. e. Chris
16/9/2023	Colace	30	8.249	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

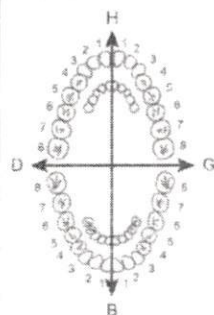
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

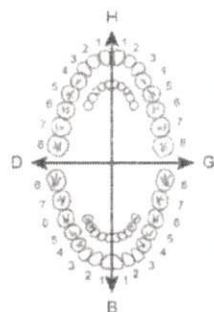
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433756
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	39532411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Store #: 02744	Register ID: 1
Cashier ID: 0	Approval ID: 0
Start Date/Time: 06/09/2023 16:03	Start Transaction #: 0
End Date/Time: 06/09/2023 23:59	End Transaction #: 999999999
Date: 06/09/2023 16:11	

Quantity	Description	Price	Ext	TX	Action	Non-resetts
REG #1	CSH #1658355	Trx #901270	06/09/2023 16:03	SFT #-9932		
	DRAWER OPEN	Norml 1X 0000				
	<Reg Code Ver>:	4.3.7.0				
	PRICE INQUIRY:					
	36761810130					
1	SCANNED PHARMACY		11.54			13,342,274.50
	RX number	2281970				
	RX date and flags	609 014				
	RX MBA Trig:	00101189990047				
	Rx DoB Tries:	2281970 Y1				
1	COLACE 100MG CAP	1 / 18.49	18.49			13,342,292.99
	30CT					
	<misc. text>:	TCPA.END;Y;su				
	(cont):	ccess;N				
	<misc. text>:	P;D;D;D;D;D				
	SUBTOTAL:		30.03			
	TAX:		0.00			
	TOTAL:		30.03			
	** PAID ON CREDIT		30.03			13,342,292.99
	**					
	CREDIT CARD TYPE:					
	VISACARD					
	CC SOURCE: CHIPCARD					
	REF. NO.	00355B				
	MKT BASKET STS:	3H				
	CUST SURVEY:	0609160274401				
	(cont):	709 3 5 248				
	<misc. text>:	20230609;16:0				
	(cont):	3:49;-5;14;74				
	(cont):	;0;0;				
	POS Survey:	DA;SCSQ_RX;M3				
	(cont):	1041;7;SCSF_Y				
	(cont):	ESNO;No Answe				
	(cont):	r;Did our ass				
	(cont):	ociates addre				
	(cont):	ss you by nam				
	(cont):	e?				
	CHANGE:		0.00			

OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION

☐ ROBERT F CARLUCCI PA
LIC: 008196 NPI: 1386603405 DEA: MC1847966

☐ FRANK M ROSELL MD
LIC: 199001 NPI: 1386628204 DEA: BR6739962

☐ BLERTA SAIPI NP
LIC: 341039 NPI: 1609303403 DEA: MS4324478

☐ ROHIT B SHAHANI MD
LIC: 220150 NPI: 1003851379 DEA: BS9348459

☐ MOHAMMED N IMAM MD
LIC: 285039 NPI: 1407892292 DEA: BI6474340

☐ GEORGE VARGHESE RPA-C
LIC: 012274 NPI: 1801078647 DEA: MV1892985

☐ ALEXA K NASTI FNP
LIC: 343965 NPI: 1952869539 DEA: MN5182578

☒ DESIREE C WEST NP
LIC: 343506 NPI: 1194343491 DEA: MW6078807

STATEN ISLAND UNIVERISTY HOSPITAL 475 SEAVIEW AVENUE STATEN ISLAND, NY 10305 (718) 226-6210

PRACTITIONER DEA NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOB: 12/1/1953

Patient Name Elamrani Joutey, Abdelhak Date _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Age _____ Sex

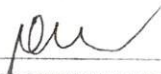
M	F
---	---

R

Rosuvastatin 40mg
once daily x 30 days

☐

LEP Preferred Language

Prescriber Signature X 

--

 MAXIMUM DAILY DOSE
(controlled substances only)

THIS PRESCRIPTION WILL BE FILLED GENERICALLY UNLESS PRESCRIBER WRITES 'dow' IN THE BOX BELOW

REFILLS

☐ None

Refills: _____

--

0TXHZL 16

PHARMACIST
TEST AREA:

Dispense As Written

OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION

☐ ROBERT F CARLUCCI PA
LIC: 008196 NPI: 1386603405 DEA: MC1847966

☐ FRANK M ROSELL MD
LIC: 199001 NPI: 1386628204 DEA: BR6739962

☐ BLERTA SAIPI NP
LIC: 341039 NPI: 1609303403 DEA: MS4324478

☐ ROHIT B SHAHANI MD
LIC: 220150 NPI: 1003851379 DEA: BS9348459

☐ MOHAMMED N IMAM MD
LIC: 285039 NPI: 1407892292 DEA: BI6474340

☐ GEORGE VARGHESE RPA-C
LIC: 012274 NPI: 1801078647 DEA: MV1892985

☐ ALEXA K NASTI FNP
LIC: 343965 NPI: 1952869539 DEA: MN5182578

☒ DESIREE C WEST NP
LIC: 343506 NPI: 1194343491 DEA: MW6078807

STATEN ISLAND UNIVERISTY HOSPITAL 475 SEAVIEW AVENUE STATEN ISLAND, NY 10305 (718) 226-621

PRACTITIONER DEA NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--

DOB: 12/1/1953

Patient Name Elamranjouty, Abdelkhan Date _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Age _____ Sex ☐ M ☐ F

R

Colace 100mg TID
PRN X 30 days

☐

LEP Preferred Language

MAXIMUM DAILY DOSE
(controlled substances only)

Prescriber Signature X *plu*

THIS PRESCRIPTION WILL BE FILLED GENERICALLY UNLESS PRESCRIBER WRITES 'dow' IN THE BOX BELOW

REFILLS

☐ None

Refills: _____

PHARMACIST

TEST AREA:

Dispense As Written

0TXHZL 17





RITE AID

Store #02744
2271 RICHMOND AVE
STATEN ISLAND, NY 10314
(718) 698-0500

Register #2 Transaction #1467449
Cashier #27443052 6/09/23 4:10PM

1 SCANNED PHARMACY 11.54 H
Rx #2281970

1 Items Subtotal \$11.54
Tax \$.00
Total \$11.54

VISA SALE \$11.54
VISA card * #XXXXXXXXXXXX9779
App # AUTO
Ref # 00937E
Entry Method: Chip

Application Label: CAPITAL ONE VISA
AID: A0000000031010
TVR: 0000008000
TSI: E800
AC: 0053A9FF1DAED5AC
ARC: 00

Tendered \$11.54
Cash Change \$.00

Welcome to Rite Aid Rewards!

Members, login or create your digital account at RiteAid.com/rewards to convert your points into Bonus Cash.
Not a Member? Sign up and create your digital account at RiteAid.com/rewards and start earning points!

THANK YOU FOR SHOPPING AT Rite Aid
You were served by DEANA today.



H - Health FSA *

Health FSA benefit total 11.54

* The health FSA benefit total includes items that may be eligible for reimbursement from a participating FSA (Flexible Spending Account) health plan. Contact your plan administrator for details.

SAVE TIME. SAVE HASSLE. SAVE TREES.

Say yes to receipt by email on your next purchase.

We want to hear about your shopping experience.

Tell us by entering the code below.

wecare.riteaid.com

0609 1602 7440 2491

See reverse for details.

BonusCash is automatically deposited into a member's account for use in-store or at riteaid.com upon submission of a request to convert points, whether manually or by selection of automated conversion of points, and expires 30 days from the date of deposit.
