

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° 09-03 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 43 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 15 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

W21-835041

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **ES-SATHI JAMAL** **194988**
Date de naissance : **27/02/1963**
Adresse : **1 LOT OCEAN DARROUAZA**
Tél. : **0661180073** Total des frais engagés : **EURO 69,66 MAD 63,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/01/2024**

Nom et prénom du malade : **ESSATHI JAMAL**

Age : **60**

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Brula**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : **14 FEB 2024**

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 : **30/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **Jam**

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie only sud	21/10/12	58,77 €
aérogare sud cedex A 190	21/10/12	10,89 €
94542 only aérogare cedex	20/11/12	343,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cadre et signature du Laborant et Pharmacie only sud	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
aérogare sud cedex A 190			
4542 only aérogare cedex 2			

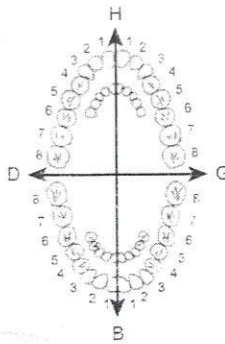
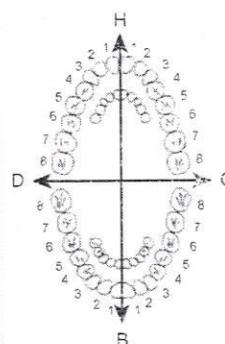
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B				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

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 الإدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

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

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

① Hexathione 3brut

① Linovial 2up

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tel 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07

Pharmacie only sud

aérogare sud cedex A 190
94542 only aérogare cedex

PC: 03400931841302

SN:

803674720766



PC: 03400931841302

SN:

643735240273



PC: 03400931841302

SN:

445171830975



1001



GTIN 08033638957011
LOT A025A1
EXP 2025-03



Handwritten signature in blue ink.





6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084



4 260139 870240



lactose ; antiagglomérant : talc ;
néant : silice colloïdale anhydre, sels
acide pteroylmonoglutamique (acide

Folio® 120cp P.P.C : 137,00

At. Nr.
1008347

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assisant au CIU 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) :

51,60 x 4 = 206,40

① Tandy Bg

19 x 2 x 60

137.~

② Fduo Pr -

7/ x 60

343,40



Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tel 05 22 25 23 25 / 25 23 25 25

PHARMACIE ORLY SUD

BP 190

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190 - FRANCE

Tél : 0149757470

Fax : 0149757581

pharmacieorly4@gmail.com

SIRET:4386474480010 - NAF:4773Z - FR04439647448

Ouverture de 8h30 à 19h30

DUPLICATA

Le 21/01/24 à 13h51 Op. : YEI YOUSSEF E
Patient : LATIF IDRISSE

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

Ordonnance n°28113

1	SINOVIAL 0.8% SERINGUE 8033638957011 / 6	37,50	37,50
2	HEXATRIONE 2% AMP 1 Honor. dispens. HD7	9,36 1,02	18,72 2,04
	3400931841302 / 4		

HONORAIRES

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

Total HT :52,08	Total TTC :	58,77
Part CLIENT :		58,77

TOTAL :	58,77
CB sans CONTACT :	58,77

INFORMATIONS LEGALES

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	20,83	0,44	21,27
20,00%	6	31,25	6,25	37,50

Ticket 110115/131938 / B525/0370-4

(NF525) 107/ /1/FACTURATION/DUPLICATA TICKET/4/N/gRNU/F-
EON/2.20/2.20.3.3.R4/2

Imprimé le 22/01/24 à 14h47n17

AUCUN RETOUR DE PRODUIT NE SERA ACCEPTE
A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

***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 28/01/24 à 11h28

Op. : 6 Omaïma Y

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC
1	NUBIANCE ACT-5 A/IMPER 3770006324062 / 6	21,90	21,90

Total HT : 18,25	Total TTC :	21,90
Part CLIENT :		21,90

Patient : LATIF IDRISSE

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC
1	HERBESAN TRANSIPHYT GE 3428883621605 / 5	15,18	15,18

Total HT : 14,39	Total TTC :	15,18
Part CLIENT :		15,18

Patient : LATIF IDRISSE

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC
1	AMILAB STICK SOIN LEV Remise : 10,00% 3401548090176 / 6	11,22 1,12	11,22 1,12

Total HT : 9,35	Total TTC :	11,22
Cumul		

remis

-1,12		
Part CLIENT :		10,10

Patient : LATIF IDRISSE

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC
	UPHYTOSE NUIT CPR 30 01581631091 / 5	21,25	21,25

Total TTC

34

Total HT : 20,14

TTC : 21,25

Part CLIENT :

21,25

Patient : LATIF IDRISSE

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

Ordonnance n° 34009318416 / 4

1 HEXATRIONE 2% ANPC cedex A 190 9,36

Honor. dispens. HDR 1,02 1,02

34009318416 / 4

HONORAIRES

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

Total HT : 10,67

Total TTC : 10,89

Part CLIENT :

10,89

TOTAL : 79,32

CB : 79,32

INFORMATIONS LEGALES

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	10,67	0,22	10,89
5,50%	5	34,53	1,90	36,43
20,00%	6	26,67	5,33	32,00

Ticket 111430/133516 / B525/0370-4

(NF525) 107/ /1/FACTURATION/TICKET/7/N/YIM1/YJNB/2.20/2-.20.3.3.R4/1

Imprimé le 28/01/24 à 11h28m15

AUCUN RETOUR DE PRODUIT NE SERA ACCEPTE
A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE