

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.

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 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0006545

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

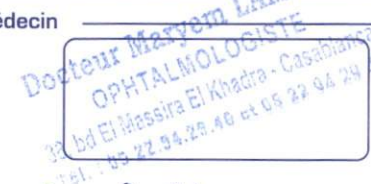
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2058 Société : A91812
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M^{re} TAHHA - BOUAMRI ABDELKRIM
Date de naissance : 4-06-1989
Adresse : 55, Rue 4 App 7 etc - 2 cité Guyanmer
HAY RAHA - CASABLANCA -
Tél. : 0661 188173 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : TAHHA - BOUAMRI Abdelkrim Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 33

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) :

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
12.02.24	CS	1	général	<p><i>D</i></p> <p><i>Dr. Maryem</i></p> <p><i>OPHTALMOLOGISTE</i></p> <p><i>23, bd El Massira El Khadra - Casablanca</i></p> <p><i>Tél : 05 22 94 29 45 - 05 22 94 29 47</i></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TORDJMAN 4, place Lachambeaudie 75012 PARIS Tél. 01 43 44 12 33 Fax 01 43 47 30 55 75 2 03077 6 Pharmacie du Parc	22/02/2024	41,29€
	22/02/2024	91806

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Sophie ZERBIB 21, rue Pommard 75017 PARIS Tél. : 01.53.33.01.02 75 2 03953 7			

AUXILIAIRES MEDICAUX

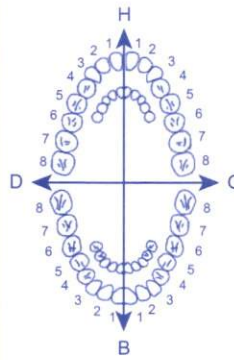
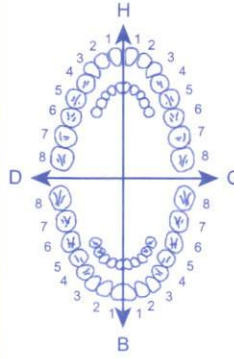
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 12 février 2024

TAHA BOUAMRI Abdelkrim

Instiller dans les yeux,

MONOPROST (5 boîtes)

1 goutte le soir

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

PHARMACIE TORDJMAN

14, place Lachambeaudie

75012 PARIS

Tél. : 01 43 44 12 33

Fax : 01 43 47 30 55

75 2 03077 5

WRKS
W.L.2024

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

well & well

Pharmacie du Parc

Sophie ZERBIB

21, rue Pommard

75012 PARIS

Tél. : 01.53.33.01.02

75 2 03953 7

9,80 €

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46/47

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

PHARMACIE TORDJMAN
 14, place Lachambeaudie
 75012 PARIS
 Tél. : 01 43 44 12 33
 Fax : 01 43 47 30 55
 75 2 03077 5

PHARMACIE DE LA PLACE
 14, place Lachambeaudie
 75012 PARIS
 752030775
 Tél : 0143441233
 INSEE:
 55 rue cite guynemer

Fact. Num. : 541489
 Date Fact. : 22/02/2024
 Date Ord. : 12/02/2024

Medecin: MEDECIN ETRANGER X
 Code Op: 2
 Malade:TAHA BOUAMRI ABDELKRIM
 75005 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
4	MONOPROST 50MCG	3400926738266	8,78	-	1,02	0
	COLLY DOSE 30		Ordo: 664245			
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		1,58	-		0
	HDA					

MONTANT TOTAL : 41,29 MONTANT AMO : 0,00
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 41,29

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.

PHARMACIE DE LA PLACE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS - FRANCE

Tél : 0143441233

Fax : 0143473055

pharmacie.tordjman@offisecure.com

SIRET:35354285500021 - NAF:4773Z - FR22353542855

Le 22/02/24 à 11h12

Op. : 2 _ M

Patient : TAHA BOUAMRI ABDELKRIM

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

Ordonnance n°541489

4	MONOPROST 50MCG COLLY	8,78	35,12
	Honor. dispens. HD7	1,02	4,08
	3400926738266 / 4		

HONORAIRES

1	HONOR. DISPENS. HDR	0,51	0,51
1	HONOR. DISPENS. HDA	1,58	1,58

Total HT :40,44	Total TTC :	41,29
Part CLIENT :		41,29

TOTAL :	41,29
Espèces :	50,00
Rendu Espèces :	-8,71

INFORMATIONS LEGALES

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	40,44	0,85	41,29

Ticket 177477/1078388 / B525/0370-4

(NF525) 126/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/UgRE/FYNU/2.20/2-
.20.3.3.R9/1

Imprimé le 22/02/24 à 11h12m33

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

21 RUE DE POMMARD

75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT - France

Vente directe

MAROC X - 74560

Qté Description	Prix	Montant
1 MONOPROST 50µg/ml Collyr unidose 30Unid/0,2ml	9,80	9,80 4

TOTAL HT 9,60

TOTAL TTC 9,80

A PAYER 9,80

dont honoraires 1,02

Règlements

Espèces 9,80

Détail TVA	TVA	HT	TTC
4 2,10%	0,20	9,60	9,80

Nb de lignes : 2 (dont 1 honoraire)

22/02/2024 11:23:09 ticket 2024013434-Original

Vous avez été servi par (N)-Poste LE020

Solde de votre compte client : 134,57 €

LE02.0 U215.3-(NF525)B0416-Ns2U

SIRET 80290146200019 NAF 4773Z TVA FR10802901462