

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, parodontologie, 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 78-17 du 6-1-78 relative à la protection des personnes physiques à l'égard de la collecte et à l'utilisation des données à caractère personnel.

MUPRAS



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

Déclaration de Maladie

N° W 19-479475

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

913

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

M. Nejeh el idrissi

Date de naissance :

1949

Adresse :

St Janet Beldi Hay Hasseni / Cas

Tél. :

0661 334 717

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : 5 / 1 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

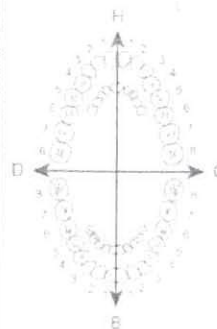


[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOLE 75 204 250 7	20/12/2019	323,83€
2 rue du Faubourg Saint-Denis 75010 PARIS		
Tél. : 01 47 70 06 70		

[illegible][illegible]

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



		H	
	D	08533412 00000000 00003900 08530411	C 07433550 00003950 00003900 07433552
		B	

(Creation, remont, adjonction)

Conclusión: El diagnóstico es fundamental a la protección

DATE OF EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le 29/12/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Najja Aïss; fatouma

Présente

instabilité Véncale

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Retmiga 50mg

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr SAADALLAH Khalid

الدكتور سعد الله خالد

Chirurgien Urologue

جراحة الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

Coeliouchirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancerologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitement de la prostate par laser green light

Traitement des calculs urinaires au laser holmium

Enuresie chez l'enfant

Circoncision

Sterilité masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

عضو الجمعية الاوربية و الفرنسية لجراحة الكلي

فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية بالمنظار

عند الكبار و الأطفال

تفتيت حصى الكلي و المسالك البولية

بأشعة الميوز ليزر

جراحة البروستات بأشعة غرين لايت

علاج العقم و العجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإرادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار و الأطفال

Casablanca, le :

20.12.2019

Najja h. EL Idrissi fatouma.

1/ Betmiga. 50mg.

1cp de soir pd 06mg's'

2/ Recto pamboline suppt.

1sup. 1J pd 06mg's'

3/ Apramax. 550mg

1cp 1J pd 06mg's'

4/ Baume. saint

2x 1J pd 06mg's'

Dr SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen centre au dessus du café seazen,
1^{er} étage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

452, زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال عمارة عبد المومن سانتر فوق مقهى سيزان الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء.

452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen centre au dessus du café seazen,

1^{er} étage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

Lot: 16D05/35
EXP: 03 2019



Lot: 17C04/28
EXP: 02 2020



PC: 03400927318313
Lot: 19B1628
EXP: 01 2022
SN: 300541071304



Lot: 18C19/27
EXP: 02 2021





Ordonnance

Service :

Date :

18/12/18

Médecin prescripteur :

Nom et prénom du patient :

NAJAH
C. IDRISS
LALLA FATOUA

Betmife sp 10mg 1886ans

AS/5

Signature

Siège de l'établissement
10 rue du Général Leclerc
B.P. 104
93370 Montfermeil
tél. 01 41 70 80 00

Site Les Ormes
13 place Jean Mermoz
93370 Montfermeil
tél. 01 45 09 70 00

N° Finess EJ 93 002 148 0
N° Finess ETAB
Montfermeil 93 000 028 6

Dr. AMI BELAID
Urologue
01 41 70 80 00



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

48361
date J J M M A A A A 20122019

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom NAJJAH ELIDRISSI Lalla fatouma

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

75010 PARIS

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

SOLE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA PORTE SAINT DENIS
2 rue du Faubourg Saint Denis
75010 PARIS
752042507

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom CHI LE Raincy montfermei

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

930021480

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 20122019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PV	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin loc
PHN	3400933520823		5	7,00	35,00	RECTOPANBILINE SUPPO A					
PH7	3400932661350		2	2,14	4,28	APRANAX 550MG CPR PESE					
HD7			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PHN	3400934155178		1	12,00	12,00	BAUME SAINT BERNARD CR					
PHN	3400927318313		5	54,00	270,00	BETMIGA 50MG CPR LP PL					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

Imprimer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

3 2 3 , 8 3

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Pharmacie SOLE

75 204 250 7

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

SOLE
2 rue du Faubourg Saint-Denis
75010 PARIS
Tel : 01 47 70 06 70

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.