

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-639100

83187

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1002	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AJAL OTMANE			
Date de naissance : 1948			
Adresse : 9, Rue OURSOVANE 104 RUA			
CPA			
Tél. : 061253331	Total des frais engagés : 67,50 Euros		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : POZU	Le : 22/10/2018		
Signature de l'adhérent(e) :			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU RUGBY D ^r V. NGUYEN 55, rue Paul Hochart 92210 L'HAY LES ROSES Tél : 01 46 88 48 02 - Fax : 01 46 87 63 42 94 2 01464 8	27/06/2021	6750 €

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

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 canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE DU RUGBY
 V. Nguyen DOCTEUR EN PHARMACIE
 55 rue paul hochart
 94240 L HAY LES ROSES
 Tel: 0146864802
 N° SIRET: 52208873100016
 Code NAF: 4773z - FR27522088731
 FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°7463/768860

Du 22/06/2021

Date de l'échéance 23/06/2021

AJAL Otmane
 10 rue docteur bourie
 91600 SAVIGNY SUR ORGE

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER Medecin etranger
 Opérateur: Daniel F

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ELIQUIS 5MG CPR BT 60 3400926784102	PH7	0	1	61,117	2,10%	61,12
N° Ordonnancier : 1257804						
N° Lots : ABX6677						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
66,11	2,1% (4)	1,39	67,50
Total HT		Total TVA	Total TTC
66,11		1,39	67,50

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	67,50

Mode(s) de règlement Règlements multiples (CB)	67,50
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE DU RUGBY
 Dr V. NGUYEN
 55, rue Paul Hochart
 94240 LINAY LES ROSES
 Tél.: 01 46 86 48 08 Fax: 01 46 27 63 42
 94 9 01464 8

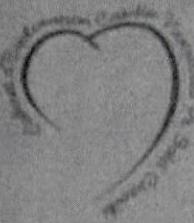
(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

Dr. Saïd CHRAIBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève
Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Tachycardie - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرابي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب في مستشفى طيبة

أخصائي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع ضغط الدم

الشخص بالصور هو الطبيب الشخص بالجهة

Casablanca le :

AF Ayal obus aus
960,00 ₣

ABK7617

04.2022

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V : 960DH00

Laboratoires
SA

✓ S

1 el gni's

1 - 0 -

ABH9642

04.2022

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V : 960DH00

Laboratoires
SA

✓ Rester 1

785,70 ₣ - 0 -

LOT:

ABH9642

EXP:

04.2022

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V : 960DH00

Laboratoires
SA

✓ - 0 - 0

✓ PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Soumnia Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annais Beauséjour
Casablanca - Tel: 05 22 39 08

Maphar
Km 10, Route Cité 111
Q1 Zanata Ain sebaa Casablanca
Cetior 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH

5 118001 18311

✓ - 0 - 0

ينة)، الدار

oumen Cente

dchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - المستعجلات : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

بـد الموسن - تفاصيل سارع عبد المؤمن و سارع أنوال
étage, n°501 (au dessus du cafe Le Medina), Cas

باكس : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

PC 03400926784102
SN 1342545182617
Lot ABX6677
EXP 11.2023



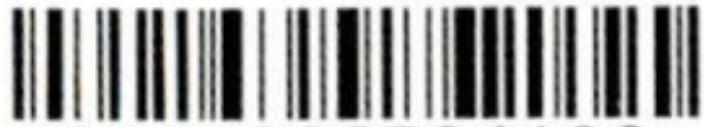
FRANCE



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Médicament autorisé n° 3400926784102

Uniquement sur ordonnance



3400926784102

Exploitant:

Bristol-Myers Squibb, 3, rue Joseph Monier, BP 325
92500 Rueil-Malmaison, France



ELIQUIS® + GROSSESSE =
DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf
en l'absence d'alternative thérapeutique

5 mg

Eliquis®
apixaban comprimés pelliculés