

## 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.

**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

N° W21-652848

89348

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELOUADI ABDERRAHM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 06 77 27 Total des frais engagés : 1273 EUROS + 37,17 EUROS

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 : 26/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		37,17 EUROS
		12,73 EUROS

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

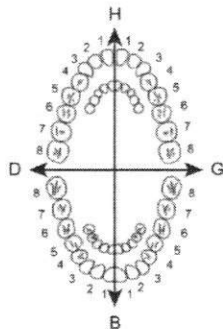
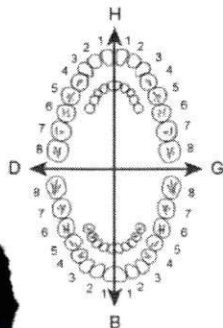
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



... en Echographie  
... par Pompe à Insuline  
Holter Glycemique

- ... en Diabetologie
- Diplôme en Nutrition Appliquée
- Capacité de Traitement par Pompe à Insuline
- Diplôme en Echographie
- Holter Glycemique

Casablanca le, 13/09/2021

**Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham**

13.40x6

+ LÉVOTHYROX 87,5 µg par jour soit :

6.80x9. Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé et 1/2 le matin à jeun

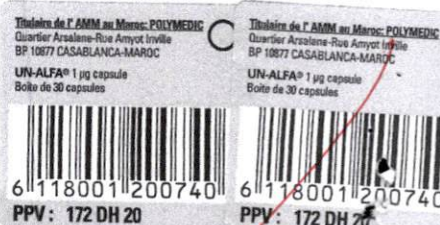
172.20x14 UN-ALFA 1 µg  
1 capsule matin, midi et soir

Traitement pour 06 mois

2552.40



Dr. TAZI  
Nutrition  
Endocrinologie - Diabétologie  
293 Bd. Abdelmoumen, Im. Morjana,  
2ème Etage, Appt. N° 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34



E-mail : t.otman@wanadoo.fr - Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

E 10  
1004301

**Un-alfa® 1 µg\***  
Alfacalcidol

**1 µg\***

**30 capsules molles**

\*microgramme

Composition :  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notoire :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



**Un-alfa® +  
GROSSESSE =  
DANGER**

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



**Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle**  
\*microgramme

**Respecter les doses prescrites**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78960 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Danemark

**LEO**



059471



1846323130807524  
033403  
01 2023

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

E 10  
1004301

**Un-alfa® 1 µg\***  
Alfacalcidol

**1 µg\***

**30 capsules molles**

\*microgramme

Composition :  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notoire :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



**Un-alfa® +  
GROSSESSE =  
DANGER**

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



**Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle**  
\*microgramme

**Respecter les doses prescrites**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78960 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Danemark

**LEO**



059471



1846323130807524  
033403  
01 2023



59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

E 10  
1004301

**Un-alfa® 1 µg\***  
Alfacalcidol

**1 µg\***

**30 capsules molles**

\*microgramme

Composition :  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notoire :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



**Un-alfa® +  
GROSSESSE =  
DANGER**

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



**Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle**  
\*microgramme

**Respecter les doses prescrites**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78960 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Danemark

**LEO**



059471



1846323130807524  
033403  
01 2023

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

E 10  
1004301

**Un-alfa® 1 µg\***  
Alfacalcidol

**1 µg\***

**30 capsules molles**

\*microgramme

Composition :  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notoire :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



**Un-alfa® +  
GROSSESSE =  
DANGER**

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



**Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle**  
\*microgramme

**Respecter les doses prescrites**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78960 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Danemark

**LEO**



059471



1846323130807524  
033403  
01 2023

PHARMACIE DE LA GARE  
. MRS DETRUIT ET HERZOG  
82 BIS RUE M. THOREZ  
92000 NANTERRE  
Tel: 0147211223  
N° SIRET: 80156340400012  
Code NAF: 4773Z - FR84801563404  
FRANCE

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°6533/969885

Du 14/09/2021

Date de l'échéance 15/09/2021

MOUADDAB BELOUADI Ilham  
MAROC  
99000 ETRANGER

Prescripteur : MEDECINS DU MONDE \_  
N° AM : 750000408  
Opérateur: - I

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
UN ALFA 1 G CAPS B/30 3400934841514 N° Ordonnancier : 1263534	PH7	0	3	10,970	2,10%	32,91
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
36,41	2,1% (4)	0,77	37,17
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
36,41		0,77	37,17

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	37,17

Mode(s) de règlement	
CB	37,17

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 DE LA GARE  
82 bis, rue Maurice Thorez  
92000 NANTERRE  
Tel: 01 47 21 12 23 - Fax: 01 46 95 10 09  
pharmacie2lagare@gmail.com  
92 201 87 18

(u) indique les quantités unitaires

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



SEL PHARMACIE DE LA GARE DE BECON

Jean Louis LEVY

3 PLACE SARRAIL

92400 COURBEVOIE

Tel: 0143330409

N° SIRET: 52754902600013

Code NAF: 4773Z - FR29672030491  
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
Patient: MOUADDAB Ilham				
Ordonnance 609281				
3400934841514	4	1	11,20	11,20
UN ALFA 1 G CAPS B/30			( 726337)	
	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
Total TTC				12,73
A Payer				12,73

TOTAL A PAYER : 12,73 (83,50F)  
Montant HT : 12,47

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	12,468	0,262	12,73

CB : 12,73

Le 14/10/2021 à 13h44 Op. : 6 - R

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT  
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 278840/1317432

B17/0106-R2

103/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAMN/AAOF  
/2.13.1.2.R11-185/1

CARTE BANCAIRE  
SANS CONTACT



A00000000421010

CB

LE 14/10/21 A 17:50:24

SELARL PHARMACIE 92

ASNIERES SUR S

3954069 05009469769901

30003

#####8166

FC10F3370E4090EE

801 000054 133 C @

NO AUTO: 196634

MONTANT :

**24,44 EUR**

Pour information :

160,32 FRF

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER