

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-775015

<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 : AUG9935		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AJAL OTMANE			
Date de naissance : 1843			
Adresse : 95 RUE EL DORJOUANE M/T HAY RABIA			
Tél. : 061 253 33 31 Total des frais engagés : 119,94 €uros			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	AJAL OTMANE		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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'adjudication 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 : CASA Le : 17 FEV 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

RELEVE 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

Prénom du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr M.Mollez 55 , rue Paul Hostett 94240 L'HAY LES ROSES 01.46.86.48.02 Fax : 01.46.87.63.42 942 017 591	17.11.2022	119,94 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

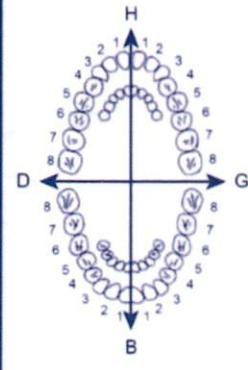
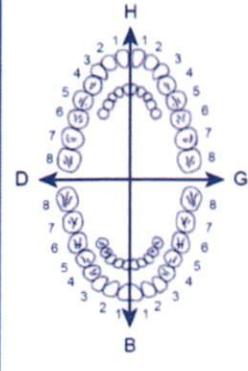
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan clinique.

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			
	25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411	21433552 00000000 G ————— 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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'EXÉCUTION

PHARMACIE DU RUGBY
 Mme Molliex DOCTEUR EN PHARMACIE
 55 rue paul hochart
 94240 L HAY LES ROSES
 FRANCE
 Tel: 0146864802
 N° SIRET: 90164847700015
 Code NAF: 4773Z - FR48901648477

Page 1 / 1

FACTURE

N°10198

Du 17/12/2022

Date de l'échéance 18/12/2022

AJAL Otmane
 10 rue docteur bourrier
 91600 SAVIGNY SUR ORGE

Opérateur: RITA T

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ELIQUIS 5MG CPR BT 60 3400926784102	2	57,738	2,10%	115,48
N° Ordonnancier : 1425368				
N° Lots : GJ5168				
Honor. dispens. HD7	2	0,999	2,10%	2,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
117,47	2,1% (4)	2,47	119,94
Total HT		Total TVA	Total TTC
117,47		2,47	119,94

Mode(s) de règlement
 Règlements multiples
 (CB)

119,94

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 M. Molliex
 55, rue Paul Hochart
 94240 L'HAY LES ROSES
 Tél: 01.46.86.63.02 - Fax: 01.46.87.63.42
 942 017 591

(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
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



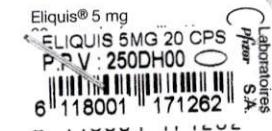
الدكتور سعيد الشرابي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهرولطيم - الفحص بالجهد

Casablanca le : 25 DEC. 2022



9/5. Agal o traue

338.00
250.00x2

-0-



100,70

21/5/2022 - 0 - 10

31. Tam so aer 100
% - 0 - 0

PHARMACIE AL AMANA
Mme Attami Soumni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annanis Beauséjour
Casablanca Tel: 05 22 39 09 70

مركز عبد المؤمن - تقاطع شارع عبد المؤمن و شارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5^{ème} étage, n°501 (au dessus du café Al Medina), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Tél/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

of Aldactone 20
56,80 - 0 - 0 -

ALDACTONE 50MG 20CPS
P.P.V : 56DH80
Laboratoires
6 118001 170029

Zay / (S.V.)

Tel: 05 22 86 00 66 - 05 22 86 04 46
Abdelmoumen el Annoufi El 95 Casablanca
Professeur Chraïbi Said
Centre Angé Bd.

LOT: 22054 PER: 04/2027
PPV: 100,70 DH

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Seunni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beausejou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

PC
SN
Lot
EXP
03400926784102
1667763012645
6J5168
05/2025



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

PC
SN
Lot
EXP

03400926784102
1667763012645
6J5168
05/2025



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