

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0052630

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10406

Société : RAD

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAY ASMA

Date de naissance : 27/10/88

Adresse : 8 Rue Abou Fakir Ben Handane Ras

NOUR

Tél : 0661169004

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 JUN 2019

Nom et prénom du malade : ASMA KAY

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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

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

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

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
27 JUIN 2023			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE TORDJMAN place Lachambeaudie 75012 PARIS	24/07/23 05/07/23	97,40 25,29

Tél. : 01 43 44 12 33

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

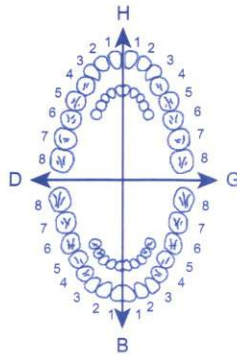
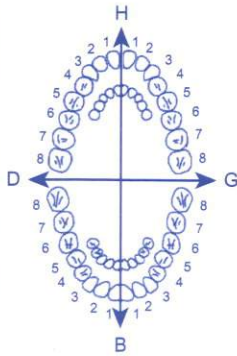
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MACIE TORDJMAN place Lachambeaudie 75012 PARIS Tél. : 01 43 44 12 33 01 43 47 30 55 2 03077 5	05/07/23					

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(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'EXECUTION

Dr. Nejmeddine SLIMANI

GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPECIALISTE

Titulaire du C.E.S.

d'Obstétrique et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)

Stérilité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليمان

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب برامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم
الفحص بالأشعة فوق الصوتية
أمراض الثدي

20 زنقة شونبي - ساحة 16 نوفمبر

الهاتف: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le :

27 JUN 2023

AD22SD Ad171

53,20

Exange Too



44,20

Difal To



24,40

PHARMACIE LE GALIE
DR MOHAMMED HATTA SLIMANI
77 RUE DE ROME
CASABLANCA
Tél: 05 22 80 67 87 / 67
N°PE 09206303

Dr. SLIMANI Nejmeddine
Gynécologue - Accoucheur
20, Rue Chenier - Casablanca
Tél: 0522 22 36 00 / 0522 29 50 32

53,20

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

PC 03400932676729
SN MPFV1G96F1FGR8
Lot 3M962
EXP 01-2026



EXP 12/2025
LOT 163
CIP 3400931314127



PC: 03400931314127 Lot/EXP/SN

progestogel
progestérone

PC 03400932676729
SN 5849PKK4KEGGFF
Lot 3M962
EXP 01-2026



EXP 12/2025
LOT 163
CIP 3400931314127



PC: 03400931314127 Lot/EXP/SN

progestogel
progestérone

PC 03400932676729
SN XE4FDX1899V9DB
Lot 3M962
EXP 01-2026



PC 03400932676729
SN AXDA5C1X55CHHD
Lot 3M965
EXP 01-2026



Dr. Nejmeddine SLIMANI

**GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPECIALISTE**

Titulaire du C.E.S.

**d'Obstetrique et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)**

**Stérité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique**

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليمان

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب برامس (فرنسا)

**الجراحة النسائية - العقم
الفحص بالأشعة فوق الصوتية
أمراض الثدي**

20 زنقة شونبي - ساحة 16 نوفمبر

الهاتف: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le :

22 / 06 / 13

Dr. Umay ASMAA

Progestel 24
sans

ANTARYS 24

2 cr 1 à 2 j
1 à 2 cr 1 à 2 j

PHARMACIE TORDJMAN
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS

Tél. : 01 43 44 12 33
Fax : 01 43 47 30 55
75 2 03077 5

Dr. SLIMANI Nejmeddine
Gynécologue - Accoucheur
20, Rue Chenier - Place 16 Novembre
Tél: 0522 22 36 00 / 0522 29 50 32
Casablanca

PHARMACIE DE LA PLACE	Fact. Num. :	527457
14, place Lachambeaudie	Date Fact. :	05/07/2023
75012 PARIS	Date Ord. :	27/06/2023
752030775	Medecin:	MEDECIN ETRANGER X
Tel : 0143441233	Code Op:	2
INSEE:	Malade:	KHAY ADMAA
PULMANN		75012 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
2	PROGESTOGEL T 80	3400931314127	4,41	-	1,02	0
	G				Lot: 163	
4	ANTADYS 100MG CP	3400932676729	2,46	-	1,02	0
	R 15				Ordo: 648070 Lot: 3M965	
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					

MONTANT TOTAL :	25,29	MONTANT AMO :	0,00
MONTANT AMC :	0,00	MONTANT ASSURE :	25,29

Ces montants s'entendent ayant 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
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
FRANCE
Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
Email: pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET: 35354285500021
Code NAF: 4773Z - FR22353542855

Page 1 / 1

FACTURE

N°1956/527457

Du 05/07/2023

Date de l'échéance 06/07/2023

KHAY ADMAA
PULMANN
75012 PARIS

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER X
N° AM : 751999996
Opérateur: _ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
PROGESTOGEL T 80G 3400931314127 N° Lots : 163	PH4	0	2	4,319	2,10%	8,64
Honor. dispens. HD4	HD4	0	2	0,999	2,10%	2,00
ANTADYS 100MG CPR 15 3400932676729 N° Ordonnancier : 648070 N° Lots : 3M965	PH7	0	4	2,409	2,10%	9,64
Honor. dispens. HD7	HD7	0	4	0,999	2,10%	4,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
24,77	2,1% (4)	0,52	25,29
Total HT		Total TVA	Total TTC
24,77		0,52	25,29

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 25,29

Mode(s) de règlement

Règlements multiples (CB) 25,29

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

Payé le 05/07/23

(u) indique les quantités unitaires

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