

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° W21-786640

187803

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8763	Société : Ramm		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAIT BEN HABIB EL NOOSTAGI			
Date de naissance : 09-02-69			
Adresse : 5 Rue Naoufel el des hôpitaux - Casab			
Tél. : 0661218711	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation N° : 215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	1/11/2023		
Nom et prénom du malade :	Nait Ben Habib El Noostagi Age: 54		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Crise d'asthme		
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 : Casab

Le : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

OBB

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">PHARMACIE DES FACULTÉS CHAMPEAUX-LANBARDE</p> <p style="text-align: center;">Docteur EL HADJ SIDI Boulevard Mly Driess 0522 85 23 01 - FAX 0522 85 07 22</p> <p style="text-align: center;">PHARMACIE TURDJA 14^e place Lachambeaudie 75012 PARIS</p>	26/11/2013	164,95

卷之三十一

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريو عند الطفل

Casablanca, le

24.11.2023

Enfant NAIT BRAHIM Jad

Age : 6 ans 6 mois



Poids : 27,00 Kg

21,90

1 BUTOVENT SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 1 semaine.

21,90

2 AZIX SUSP 1500

Prendre 25 doses-kg le matin, pendant 3 jours.

40,00

3 EFFIPRED CPS EFFERV 20MG

Prendre 2 et 1/2 comprimés le matin, pendant 5 jours.

141,90

Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre
264, Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res Jawhara 4ème étage - Casablanca
Tel/Fax: 05 22 95 11 38 - 05 22 95 11 38

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2D011 5

صيغة العيادات
PHARMACIE DES FACULTÉS
Chirurgie et Médecine
Docteur en Pharmacie
94 Boulevard My Driss - Casablanca
Tél: 05 22 86 23 01 - Fax: 05 22 86 02 25

AZIX®

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 80DH00

PER : 07/26

LOT : M2443

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والربو عند الطفل

Casablanca, le

24.11.2023

Enfant NAIT BRAHIM Jad

Age : 6 ans 6 mois

Poids : 27,00 Kg

SINGULAIR 5mg cp à croquer : B/28

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre
264 Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res Jawhara Appt 14/3^e Etage
Casablanca
Tel./Fax: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

PHARMACIE DE LA PLACE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
752030775 M
Tel : 0143441233 C
INSEE: M
hotel pullman

Fact. Num. : 536221
Date Fact. : 30/11/2023
Date Ord. : 24/11/2023
DECIN ETRANGER X

BRAHIM JAD
012 PARTS

REINFORCEMENT No. 1

REMOVED/ENTERED NO.		CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
2	SINGULAIR 5MG C	3400934612855	9,32	-	1,02	0
	PR CROQ ENF 28	Dus: 2	Ordo: 657928			
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					

MONTANT TOTAL : 21,19 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 21,19
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.

FACTURE

N°2097/536221

Du 30/11/2023

Date de l'échéance 01/12/2023

NAIT BRAHIM JAD
hotel pullman
75012 PARIS
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER X

N° AM : 751999996

Opérateur: _ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
SINGULAIR 5MG CPR CROQ ENF 28 3400934612855	PH7	0	2	9,128	2,10%	18,26
N° Ordonnancier : 657928						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
20,75	2,1% (4)	0,44	21,19
Total HT		Total TVA	Total TTC
20,75		0,44	21,19

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	21,19

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	21,19
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 75 2 03077 6

(u) indique les quantités unitaires

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

DUPLICATA FACTURE

N°2096/536220

Du 30/11/2023

Date de l'échéance 01/12/2023

NAIT BRAHIM JAD
hotel pullman
75012 PARIS
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER X

N° AM : 751999996

Opérateur: _ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
SINGULAIR 5MG CPR CROQ ENF 28 3400934612855	PH7	0	1	9,128	2,10%	9,13
N° Ordonnancier : 657927						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
10,63	2,1% (4)	0,22	10,85
Total HT		Total TVA	Total TTC
10,63		0,22	10,85

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	10,85

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	10,85
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 47 30 75
Fax : 01 43 47 30 75
75 2 0307



(u) indique les quantités unitaires

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