

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-786640

187803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation GNDP N° : 14-1-215/2019

RELEVÉ DES PRESTATIONS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.11.23		C3025A		INF: INPE:0910277 Dr. EL BOURY Chadia Pédiatre 264 Ang Bd Ghandi et Omar El Hayam Res Jawhara Apt 14 3ème étage Casablanca 06 71 24 76 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FACULTES CHAKNE LAMARI Docteur en Pharmacie Boulevard Mly Driss 10522 86 01 0522 86 23 01 Fax 14 place Lachambeaudie 75012 PARIS Tél : 01 42 44 12 22	24/11/23	ALN 550 20/11/23 10,85€ + 21,19

ANALYSE RADIOGRAPHIQUE

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

ASSURANCE DENTAIRE

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHÉRENT

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

	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"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) 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

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

أمراض القلب والربو 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.

2 AZIX SUSP 1500

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

3 EFFIPRED CPS EFFERV 20MG

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

EFFIPRED® 20 mg

PRV 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2D011 5

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

صيدلية الكليات
PHARMACIE DES FACULTES
Ghizlène LABBI
Docteur en Pharmacie
84 Boulevard My Driss 1^{er} - Casablanca
Tél : 0522 86 23 01 - Fax : 0522 86 02 25



AZIX[®]

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable



ENFANTS

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - 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 البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

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
Rég Jawhara Appt 14 3ème 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
Tel : 0143441233
INSEE:
hotel pullman

Fact. Num. : 536221
Date Fact. : 30/11/2023
Date Ord. : 24/11/2023
Medecin: MEDECIN ETRANGER X
Code Op: 2
Malade: NAIT BRAHIM JAD
75012 PARIS

RENOUVELLEMENT No. 1

QTE	DESIGNATION	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 avant 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.

536220
24/11/2023
Fact. Num. :
Date Fact. :
Date Ord. :
Medecin: MEDECIN ETRANGER X
Code Op: 2
Malade: NAIT BRAHIM JAD
75012 PARIS
hotel pullman

QTE DESIGNATION CIP Prix/U BaseSS HD TxSS
1 SINGULAIR 5MG C 3400934612855 9,32 - 1,02 0
PR CROQ ENF 28 Dus: 1 Ordo: 657927
1 Honor. dispens. HDR
MONTANT TOTAL : 10,85
MONTANT AMC : 0,00
MONTANT ASSURE : 10,85
MONTANT AMO : 0,00

Ces montants s'entendent avant 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.

entreprise individuelle PHARMACIE DE LA PLACE
au capital social indéterminé
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
FRANCE
Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
Email: pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET : 35354285500021 - N° SIREN : 353542855
TVA Intracommunautaire : FR22353542855
RCS : 35345285500021 - Ville de greffe : paris
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

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 N° Ordonnancier : 657928	PH7	0	2	9,128	2,10%	18,26
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 5

(u) indique les quantités unitaires
(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

entreprise individuelle PHARMACIE DE LA PLACE
au capital social indéterminé
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
FRANCE
Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
Email: pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET : 35354285500021 - N° SIREN : 353542855
TVA Intracommunautaire : FR22353542855
RCS : 35345285500021 - Ville de greffe : paris
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 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 N° Ordonnancier : 657927	PH7	0	1	9,128	2,10%	9,13
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
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tél : 01 43 44 12 33
Fax : 01 43 47 30 55
75 2 030 12 33

(u) indique les quantités unitaires

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