

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.

Pathologie 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0042897

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0763 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GANOUNI EL HASSEN

Date de naissance : 08-12-43

Adresse : 13 Rue Vaucaux OASIS

Tél. : Total des frais engagés : 120 € 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 : 11/03/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE DE LA GARE
D. CELERIER
15 place Maurice Berteaux
78400 CHATOU
Tél. 01 39 52 10 67
Fax 01 39 52 57 26
78 2 01070 6

Date	Montant de la Facture
22/01/20	12,72€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

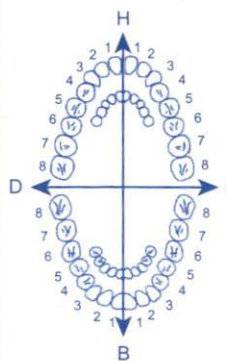
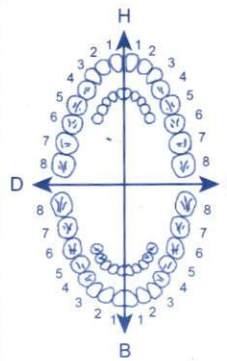
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> 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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement

Ordonnance

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

1 0 1 1 2 1 2

da 2 2 0 1 2 0 2 0 A

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

EL. GANOUNI

Mohamed

(74592)

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Vd: CP

ADRESSE de L'ASSURE(E)

132 Ave Foch

78400

CHATOU

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

M CELERIER Denis

PHARMACIE CELERIER

15 Place Maurice Berteaux

78400 CHATOU

78 2 01070 6

Agr. petit ap. 78PA85-4669

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

Tel: 01.39.52.10.67

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MEDECIN SALARIE

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

7 8 1 9 9 9 0 0 8

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 3 1 0 2 0 1 9

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code		Code		Base		Nb		Mode		Indic.		Date		Date	
Acte	Cip/Lpp	Labo	Top Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc			
PH7	34009 2693993 9			3	1,86	5,58	ASPIRINE PROTECT 100MG								
HD7				3	1,02	3,06	Honoraire de dispensat								
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R								
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S								

Imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

1 2 , 7 2

Part ASS.: 12,72

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

M CELERIER Denis

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 03/10/2019

M. MOHAMED EL HASSAN CHERIF IDRISSE EL GANCUNI

1) **CARDIOASPIRINE** Comprimé Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprimé

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 6 mois

le 22/01/20
PHARMACIE DE LA GARE
D. CELERIER
15 place Maurice Berteaux
78400 CHATOU
Tél. 01 39 52 10 67
Fax 01 39 52 57 26
78 2 01070 6

3 Boîtes

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAÂRIF
CASABLANCA
Tél. : 0522 25 36 00

PHARMACIE CELERIER
M CELERIER Denis
78 2 01070 6
15 Place Maurice Berteaux
78400 CHATOU
Tel: 01.39.52.10.67
Ordonnance: 03/10/19
Delivrance: 22/01/20
Vendeur: CP

Facture no : 1011212
Malade :EL GANOUNI
74592 Mohamed
132 Ave Foch
78400 CHATOU
Medecin:MEDECIN SALARIE
781999008

Qte	P	unit	Cip	Designation	Base	Hon.	taux	Ordo
3	1,86	3400926939939		ASPIRINE PROTECT 100MG CPR 30	1,86	1,02	65%	
				HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		0,51	0%	
				HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		3,57	0%	

TOTAL GENERAL: 12,72 TOTAL ASSURE: 12,72
TOTAL R.O.:
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

EXP

Lot

BT121N1
06 2022

21

Boîte de 30 comprimés

Voie orale

Titulaire/Exploitant :

BAYER HEALTHCARE220, avenue de la Recherche
59120 LOOS

Médicament autorisé n°: 3400926939939

8664
39/20

Bayer

Ne pas utiliser chez la
femme enceinte.CE MÉDICAMENT +
GROSSESSE = INTERDITBoîte de 30 comprimés
Voie orale

Acide acétylsalicylique

comprimé gastro-résistant

ASPIRINE PROTECT® 100 mg**Composition :** Acide acétylsalicylique...100 mg
pour un comprimé gastro-résistant.**Indications d'utilisation :** Ce médicament est préconisé dans le traitement
de certaines affections du cœur et des vaisseaux. **Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.** Lire la notice avant utilisation. **A conserver à une
température ne dépassant pas 25°C.** A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de l'humidité. Médicament non soumis à prescription médicale**ASPIRINE** PROTECT® 100 mg
comprimé gastro-résistant

Acide acétylsalicylique

Boîte de 30 comprimés

Voie orale

EXP

Lot

BT121N1
06 2022

21

Boîte de 30 comprimés

Voie orale

Titulaire/Exploitant :

BAYER HEALTHCARE220, avenue de la Recherche
59120 LOOS

Médicament autorisé n°: 3400926939939

8664
39/20

Bayer

Ne pas utiliser chez la
femme enceinte.CE MÉDICAMENT +
GROSSESSE = INTERDITBoîte de 30 comprimés
Voie orale

Acide acétylsalicylique

comprimé gastro-résistant

ASPIRINE PROTECT® 100 mg**Composition :** Acide acétylsalicylique...100 mg
pour un comprimé gastro-résistant.**Indications d'utilisation :** Ce médicament est préconisé dans le traitement
de certaines affections du cœur et des vaisseaux. **Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.** Lire la notice avant utilisation. **A conserver à une
température ne dépassant pas 25°C.** A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de l'humidité. Médicament non soumis à prescription médicale**ASPIRINE** PROTECT® 100 mg
comprimé gastro-résistant

Acide acétylsalicylique

Boîte de 30 comprimés

Voie orale

EXP

Lot

BT121N1
06 2022

21

Boîte de 30 comprimés

Voie orale

Titulaire/Exploitant :

BAYER HEALTHCARE220, avenue de la Recherche
59120 LOOS

Médicament autorisé n°: 3400926939939

8664
39/20

Bayer

Ne pas utiliser chez la
femme enceinte.CE MÉDICAMENT +
GROSSESSE = INTERDITBoîte de 30 comprimés
Voie orale

Acide acétylsalicylique

comprimé gastro-résistant

ASPIRINE PROTECT® 100 mg**Composition :** Acide acétylsalicylique...100 mg
pour un comprimé gastro-résistant.**Indications d'utilisation :** Ce médicament est préconisé dans le traitement
de certaines affections du cœur et des vaisseaux. **Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.** Lire la notice avant utilisation. **A conserver à une
température ne dépassant pas 25°C.** A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de l'humidité. Médicament non soumis à prescription médicale**ASPIRINE** PROTECT® 100 mg
comprimé gastro-résistant

Acide acétylsalicylique

Boîte de 30 comprimés

Voie orale