

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

- 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - ww



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

Déclaration de Maladie

N° W19-533183

ND 37542

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEFFRA Red Adhik

Date de naissance : 27-01-1953

Adresse : 5, lot Nezha Casablanca

Tél. : 0661632374 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENDERAA Fatna Age : 37

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 : [Signature]

Professeur Jean-Paul RENARD

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Ancien Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital du Val-de-Grâce
Expert près la Cour d'Appel de Paris
Attaché à l'OphtalmoPôle de Paris

Paris, le 23/07/2020

Maladie et chirurgie des yeux – Glaucomes

email : professeurrenard@yahoo.fr
site web : <http://jean-paul-renard.docvadis.fr>

75 1722893 / 10004985874

Mme Fatna SEFFAR

ORDONNANCE DE TRAITEMENT

MONOPROST THEA
une goutte le soir

TRAITEMENT À RENOUVELER PENDANT 6 MOIS


Pr Jean-Paul RENARD
SELARL - 15 - OPHTALMOLOGIE
Conventionné Honoraires Libres
14 avenue de Breteuil - 75007 PARIS
Tél. 01 45 55 05 10
751722893

Centre Ophtalmologique Breteuil
14, avenue de Breteuil – 75007 PARIS
Tél. : 01 45 55 05 10 – Fax 01 45 55 55 00

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement par chèque est accepté.

GRANDE PHARMACIE DU 15E
MORISSEAU Philippe

Facture no : 258422
Malade : SEFFAR

75 2 04069 1
119 RUE SAINT CHARLES
75015 PARIS
Tel: 0145778846

70352 Fatna

00000 MAROC

Ordonnance: 23/07/20
Delivrance: 24/07/20

Medecin: RENARD JEAN-PAUL

Vendeur: HN

751722893

Qte	P	unit	Cip	Designation
Base	Hon	taux	Ordo	
3	8,76		3400926738266	MONOPROST 50MG/ML COL UNIDOSE 3
8,76				
	1,02	65%	000386022	
				HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE
	0,51	70%		

TOTAL GENERAL:	29,85	TOTAL ASSURE:	29,85
TOTAL R.O.:	0,00		
TOTAL R.C.:			

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

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 SEFFAR

Fatna

(70352)

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

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:HN

ADRESSE de L'ASSURE(E)

00000

MAROC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MORISSEAU Philippe

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

GRANDE PHARMACIE DU 15E

119 RUE SAINT CHARLES

75015 PARIS

75 2 04069 1

Tel: 0145778846

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom RENARD JEAN-PAUL

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

7 5 1 7 2 2 8 9 3

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 3 0 7 2 0 2 0

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 "x")
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

Code	Code	Top	Qte	Remb	Mt factu.	Libelle	Btes	Mode	Indic.	Date	Date
Acte	Cip/Top	Labo	Decond.					Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH7	34009 2673826 6		3	8,76	26,28	MONOPROST 50MCG/ML COL					
HD7			3	1,02	3,06	Honoraire de dispensat					
HDR			1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					

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

GRANDE PHARMACIE DU 15

Dr Philippe Morisseau

119 rue Saint Charles

75015 Paris

2 9 , 8 5

Part ASS.: 29,85

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

Tél. : 01 45 77 88 46

Fax : 01 45 77 06 03

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

pharmacienddu15@gmail.com

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

FSC
www.fsc.org

Issu de sources
responsables

FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS

0% **Bisphenol A**
BPA



MIXTE

Issu de sources
responsables

FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS

0% **Bisphenol A**
BPA

GRANDE PHARMACIE DU 15E
MORISSEAU Philippe
119 RUE SAINT CHARLES
75015 PARIS
France

Siren 820344752

IVA intra FR29820344752

Code NAF 4773Z

Tel 0145778846

E-mail grandepharmaciedu15@gmail.com

Finess 75 2 04069 1

Ticket no 502905

213 HN

Le 24/07/2020 13:01:50 Caisse 01

n° FSE 258422

70352 Fatna SEFFAR

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
--------------	----------------	--------

MONOPROSI 50MG/ML COL UNIDOSE 30		
----------------------------------	--	--

3400926738266	3 x 9,78	29,34
---------------	----------	-------

HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		
-----------------------------------	--	--

HDR		0,51
-----	--	------

Total TTC en EUROS :		29,85
----------------------	--	-------

Nombre d'articles : 3

Dont honoraires de dispensation : 3,57

Mt HT	Taux	Mt TVA	Mt TTC
-------	------	--------	--------

29,24	2,10	0,61	29,85
-------	------	------	-------

Règlement en CARTE BANCAIRE : 29,85