

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

35887 NO W19-479487

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

- Cadre réservé à l'adhérent (e)
- Matricule : 913 Société : R. A. M
- ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
- Nom & Prénom : M. NAJJAH Elidjassi Fatouma
- Date de naissance : 1949
- Adresse : jenet el beida N 45 Hay Hassane
- Tél. : 06 6133 4717 Total des frais engagés : Dh

Cadre réserve 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 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) : _____
- ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

- L'ordonnance du medecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

- 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.

■ 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.

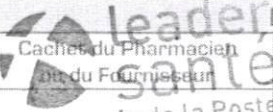
■ La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

0 Réclamation	contact@mupras.com
0 Prise en charge	pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	adhesion@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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Pharmacie de la Poste

Date: 20/08/2020

Montant de la Facture: 49,27 €

Samah Sorial
Docteur en Pharmacie
4 rue Henri Barbusse - 93220 Gagny
Tél. 01 43 81 09 96 - Fax 01 43 81 44 45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

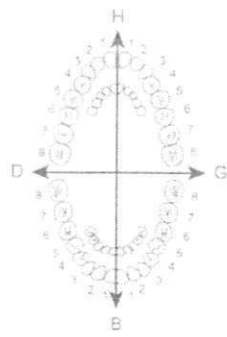
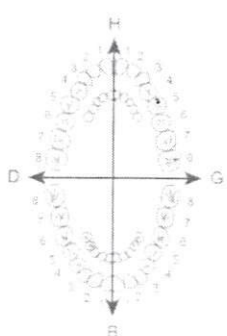
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>05523412</td> <td>01433555</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H			D	05523412	01433555		00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS	
	H																			
	D	05523412	01433555																	
		00000000	00000000																	
G	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 NAJJAH EL IDRISSI LALLA FATOUMA

nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et SIREN à l'usage)

numéro d'immatriculation

date de naissance

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 SIREN à l'usage)

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'assurance maladie
à remplir par le pharmacien ou le fournisseur

Total Cpm 0,00
Total Mutuelle 0,00
Total Assuré 49,27
Payé par l'assuré 49,27

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

D.JEAN KH

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

Pharmacie de la Poste
4 Avenue Henri Barbusse
93220 GAGNY
Tél 0143810996
93 2 01603 3

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

HOP LE RAINCY-MONTFERMEIL

identifiant

numéro sociale
numéro de la structure
SIREN

9 3 0 0 2 1 4 8 0

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 0 0 8 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cocher une case) avant

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso, § precede de
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole A.D.

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non X

oui

non

AT/MP

numéro

du

date

PRODUITS et PRESCRIPTIONS DETAILLÉES

Taux	Acte	début	CIP	Libellé et forme	Qté	Px Unit	Montant	NR	N° Ordo	Subst.de/LPP
000	PHN	3400927318313	BETMIGA 50MG CPR LP PLQ/30	1	49,27	49,27			3x5179	



Samah Sorial
Docteur en Pharmacie
4 rue Henri Barbusse - 93220 Gagny
Tél. 01 43 81 09 96 - Fax 01 43 81 44 45

93 2 01 60 33

MONTANT TOTAL
en euros

49,27

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

Pharmacie de la Poste

signature de
l'assuré(e)

signature de
l'assuré(e)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration s'expose aux sanctions prévues aux articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal et aux articles 116-13 et L. 162-14 du Code de la sécurité sociale.

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le code des soins, sont à destination des organismes d'assurance maladie aux fins de remboursement et de gestion de la couverture de la loi du 6 janvier 1975 (maladie, invalidité, vieillesse, etc.). Elles ne sont pas destinées à être utilisées pour d'autres fins.

Pharmacie de la Poste
4 Avenue Henri Barbusse
93220 GAGNY FRANCE
Tel 0143810996
93 2 01603 3
Siret 79158094700012.4773Z
N° TVA IC FR08791580947

DUPLICATA 1

NAJJAH EL IDRISSE LALLA FATOUMA

Siret TVA NAF

Montants en €

p 1/1

Ticket 706315

du 20/08/2020 09:35:12

Cip	Libellé article	TVA	Px Un.	Qté	Total TTC
3400927318313	BETMIGA 50MG CPR LP PLQ/30	F	49,27	1	49,27

Taux TVA	A : 0.00	B : 20.00	C : 10.00	D : 5.50	E : 33.33	F : 2.10
Bases H.T.						48,26
TVA						1,01
TTC						49,27
Nombre						1

1 ligne, 1 produit

D. JEAN KH

V 11.1.1.6 B0174c2Z1

La Pharmacie vous remercie de votre aimable visite

Total H.T.	48,26
Total T.V.A.	1,01
Total T.T.C.	49,27

En votre aimable règlement

49,27

Régulé Espèces le 20/08/2020