

## 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-550787

ND: 4 10 20

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5088 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL KHAZRAJI Bahija  
 Date de naissance : 13/09/55  
 Adresse : 65 Rue MAMMUNE Mohamed - 1er étage APT 1  
 Amgh BNOU ASSAKIR.  
 Tél. : 0661 06 44 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR JOSEPH MOUSSALI  
08 GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE  
CONVENTIONNEE  
59 AV KLEBER  
75116 PARIS  
TEL. 01 47 66 33 31 00 1 11 0  
75 1 59 00 4 8 CAB CONV ZISD ZIK

Date de consultation : 22/10/2019

Nom et prénom du malade : EL KHAZRAJI BAHIA Age : 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HEPATITE CHRONIQUE C

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 : PARIS Le : 22 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : EAF

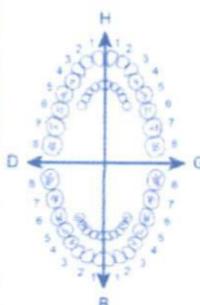
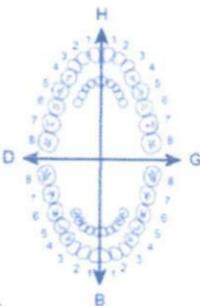


[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
10/07/2020	24 898,23 €

[illegible][illegible]

\* Il est ente

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF																							
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																			
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																		
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																			
					FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																			
	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553			B		MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
	D	H	G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
		B																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																		
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Ordonnance bizonne

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)	<b>Dr J. MOUSSALLI</b> Service d'Hépatologie Gastro-Entérologie GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE 47-83, boulevard de l'hôpital - 75013 PARIS Tél. 01 42 16 10 02 - Fax 01 42 16 14 27 Finess 750 100 125	Identification de la structure (nom, adresse, numéro de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)
--	---	---

Identification du patient (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))	EL KHAZNAZI BATHIA -
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))	

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTIION EXONÉRANTE)

EPCLUSA 1 comprimé par jour

Traitement par 12 semaines -

19/06/20

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)





## Facture

342028297

## PHARMACIE DES POETES

Mme Vivet

59 Allée Paul Riquet

34500 BEZIERs

FRANCE

Tél : 04 67 76 35 74

Fax : 04 67 21 76 58

E-Mail : mvivetpharmaciedespoetes@gmail.com

**EL KHAZRAJI BAHJA**  
**TUNISIE**

**SIRET :**

APE :

TVA Intracommunautaire : FR82395384019

Mode de règlement : Espèces

Echéance : 01/08/2020

Quantité totale des produits : 3

*Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale. En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.*

PHARMACIE DES POETES  
342028297  
59 allée 5

59, allées Paul Riquet  
34500 BÉZIERS  
Tél: 04 67 76 35 74  
Fax: 04 67 21 76 58

342028297 PHARMACIE DES POETES - 59 Allée Paul Riquet - 34500 BEZIERS  
APE: - - TVA Intracommunautaire : FR82395384019

90049403

PC: 03400930067314

SN: 276867415265

Lot 19SXG011D

EXP 08 2023



90049403

PC: 03400930067314

SN: 276867415265

Lot 19SXG011D

EXP 08 2023



90049403

PC: 03400930067314

SN: 276867415265

Lot 19SXG011D

EXP 08 2023

