

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0047709

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5090 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABD ELALI SAMIA 151816
Date de naissance : 06/05/1961
Adresse :
Tél : 0661941110 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Nathalie CREFF-AZZOLIN
01 - Omnipraticien Conventionné
8, route de Guimpardé
Date de consultation : 06/02/2023 HARS-CARNOET
Nom et prénom du malade : ASSEM 05893 Samia 20 1 Age:
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pharyngite
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASABLANCA Le : 03/03/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
06/02/23	G		25€	Docteur Nathalie CREFF-AZZOLIN Dentiste 8, route de l'Imperial 29360 CLOHARS-CARNOET

29 1 05693 1 0 1 20 1
CAB CONV ZISD

Cachet du Pharmacie
ou du Fournisseur

Pharmacie de CLOHARS
4 place Gal de Gaulle

U7 FEV. 2023

29360 CLOHARS-CARNOET
29 2 02439 5 / 100

Date	Montant de la Facture
06/02/23	12€70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

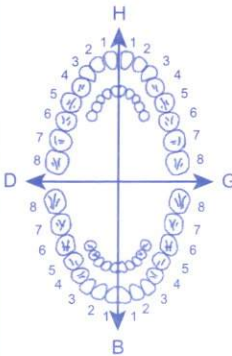
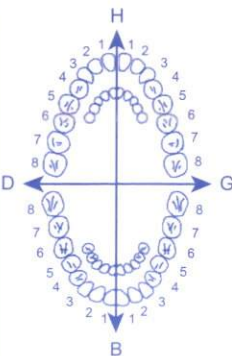
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet médical
8 route de Quimperlé
29360 CLOHARS CARNOET
Tél : 02 98 71 50 25 Fax : 02 98 71 65 12

Dr AZZOLIN Natalie
29 10 58 93 1

CONSULTATIONS SUR RENDEZ VOUS

Le lundi 6 février 2023

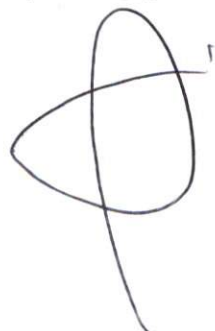
Samia ABDELALI
né le 06/05/1961

PARACETAMOL 1 g cp (DOLIPRANE 1000 mg Cpr Plq/8)

1 comprimé (voie orale) le matin, le midi et le soir pendant 5 jours si douleurs ou fièvre

BICLOTYMOL 2,5 % sol p pulv bucc (HEXASPRAY Collutoire en flacon pressurisé FI/30g)

1 pulvérisation (voie buccale) le matin, le midi et le soir pendant 5 jours



Pharmacie de CLOHARS
4 place Gal de Gaulle
06 FEV. 2023
29360 CLOHARS-CARNOET
29 2 02439 5 / 100

Titulaire / Exploitant
Bouchard-Recordat (Laboratoires)
70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX
Tél. : 01 45 19 10 00

PC: 03400932779727
LOT: 22267
FAB: 10.2022
EXP: 10.2027

CIP 03400941533969

Lot JX003
EXP 12 2025

nt la notice
FANTS.
50 kg

4, Pl. Général de Gaulle
29360 CLOHARS CARNOET
FRANCE
Tel: 0298715543
N° SIRET: 44463006500019
Code NAF: 4773Z - FR29444630065
N° Cpte: FR76 30003016800002063797577

FACTURE

N°7416/685802

Du 06/02/2023

Date de l'échéance 07/02/2023

ABDELALI Samia
199 bd biranzarane
resq el walida etage 3 app 10
29360 CLOHARS CARNOET

Prescripteur : AZZOLIN NATALIE
N° AM : 291058931
N° RPPS : 10002683372
Opérateur: Aline C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
HEXASPRAY COLLU FL PRESS 3400932779727 N° Lots : 22267	PHN	0	1	5,682	10,00%	5,68
DOLIPRANE 1000 GELULES 8 3400941533969 N° Lots : JX003	PH7	0	2	1,136	2,10%	2,27
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
6,32	2,1% (4)	0,13	6,45
5,68	10% (10)	0,57	6,25
Total HT		Total TVA	Total TTC
12,00		0,70	12,70

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	12,70

Mode(s) de règlement	
CB	12,70

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

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0