

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.

Déclaration de Maladie

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

N° W21-779455

152202

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11762 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Youssef Berchid

Date de naissance : 17/12/1974

Adresse : 108, lot EL Qods Elgadida

Tél : 0662067034 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hervé LEBLANC
Médecin des Hôpitaux
75 1 43099 2
Conventionné Hono. libres
Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition
Hôpital Américain

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : Imane Benzazza Imane Age : 48

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

Nature de la maladie : Nodule Thyroïdien

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 : Neuilly-sur-Seine

Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES



Autres: APC 104/01/23
Autres: 200€

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire de Radiologie

Date

Description de
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du

Date

Description

Montant

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important

Ne pas oublier de remplir les cases de post-traitement (denture, prothèse, etc.) avant que le dentiste ne remplisse le formulaire.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

Montant

Montant
des Travaux

Montant
de l'Équipement

Montant
des Matériaux

Montant
des Honoraires

Montant
des Travaux

PROTHÈSE DENTAIRE

EXAMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

Montant
des Travaux



American Hospital of Paris

Docteur Hervé LEBLANC

Médecin des Hôpitaux

Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

75 1 43099 2

Hôpital Américain
63, boulevard Victor Hugo
92200 NEUILLY

SECRETARIAT N°20

☎ 01 46 41 27 31

☎ 01 46 41 84 99

Email opd20@ahparis.org

NIPP : 1560825

Mme BENYEZZA Imane

Née le 25/07/1984

Dr LEBLANC Hervé

Neuilly, le 4 1 2022

Tardifera 15g 1/1
Rag 2 1/1
) pedul 6m

Dr LEBLANC Hervé

Réf : 230005787



American Hospital of Paris

Neuilly, le mercredi 4 janvier 2023

Dr LEBLANC Hervé

Présente ses salutations distinguées à Mme BENYEZZA Imane

et lui adresse sa note d'honoraires relative à la consultation du mercredi 4 janvier 2023 16:20
et s'élevant à 200 euros.

Dr LEBLANC Hervé

Bureau 20 Département des Consultations Externes de l'Hôpital Américain de Paris
63 Bd Victor Hugo – 92202 Neuilly sur Seine Cedex



NOTE PAYEE EN TOTALITE
BILL PAID IN FULL