

## 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-772372

159250

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4615 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KINANI OUFAA

Date de naissance : 02/02/1961

Adresse : Résidence Ransour, Imme. E. Apt. 2. Rue Kadi Bakkan

Tél. : 06 61 33 49 33 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

Pôle spécialités médicales et oncologiques  
Unité de Maladies Infectieuses  
Secrétariat  
Tél. : 03.20.44.57.43  
Fax : 03.20.44.57.39  
CHU Lille-Hôpital Claude HURIEZ  
59037 LILLE CEDEX

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4 Avril, 2023

Nom et prénom du malade : KINANI OUFAA Age : .....

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

Nature de la maladie : Transplantation hépatique

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 LILLE Le : 24/04/23

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
4/4/23	consultation		60€	<p>INP : <input type="text"/></p> <p>CHU Lille-Hôpital Claude HURIEZ 59037 LILLE CEDEX</p>
4/4/23	prothèse scap.		40€	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25.6.23

74,54 €

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHU de Lille - Hôpital G. Huriez Laboratoire et de Radiologie UF 2228 - Pr Hachulla Tél : 03-20-44-49-37 Fax : 03-20-44-42-29	24/04/23	ANI 7,5	40€

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

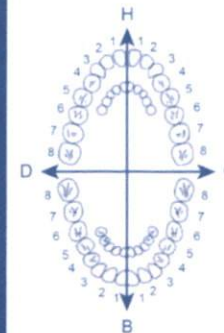
# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

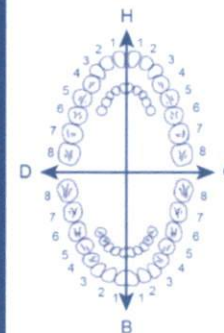
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

SELAS GRANDE PHARMACIE DE PARIS  
au capital social de 16000 euros  
Constance POYER  
73 Adolphe Thiers  
62200 BOULOGNE-SUR-MER  
FRANCE  
Tel: 0321314437  
N° SIRET : 44807724800020 - N° SIREN : 448077248  
TVA Intracommunautaire : FR00448077248  
RCS : 448.077.248 - Ville de greffe : BOULOGNE SUR MER  
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°2432/783445

Du 25/04/2023

Date de l'échéance 26/04/2023

KINANI Ouafa  
7 IMP DU PETIT RUPEMBERT  
62126 WIMILLE  
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN FICTIF Fictif  
N° AM : 621999937  
Opérateur: CONSTANCE P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
REPEVAX SER S/A 0,5ML 1 3400936873971 N° Lots : U3N311V	PH7	0	1	21,244	2,10%	21,24
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
PREVENAR VACCIN PNEUM POLYO 3400939901152 N° Ordonnancier : 121749	PH7	0	1	49,265	2,10%	49,27
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
73,01	2,1% (4)	1,53	74,54
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
73,01		1,53	74,54

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	74,54

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB)	74,54

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

SELAS GRANDE PHARMACIE DE PARIS  
Constance POYER  
Docteur en Pharmacie  
73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE  
03 21 31 44 37

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



# 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)

Karim RAUE

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement n° AM, FINESS ou SIRET)

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille  
Service de Maladies infectieuses

TEL : 03.20.44.57.43

FAX : 03.20.44.57.39

Hôpital Claude Huriez

N° FINESS



590811279

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)

me KINANI Ouafaa

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

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

Lille, le

- ☒ PREVENAR 13 : une injection puis PNEUMOVAX 1 injection 8 semaines après (Pneumocoque)
- ☐ PNEUMOVAX : une injection
- ☐ Vaccin antigrippal : une injection annuelle
- ☒ Vaccin dTcaP: une injection (Diphthérie-Tétanos-Polio-Copreluche)
- ☐ Vaccin dTP: une injection
- ☐ Vaccin Méningocoque ACYW: 2 injections à 6 mois d'intervalle
- ☐ Vaccin Méningocoque C: une injection
- ☐ Vaccin Méningocoque B: 2 injections à un mois d'intervalle
- ☐ Vaccin *Haemophilus b*: une injection
- ☐ Vaccin VHB (rappel): une injection à 20µg
- ☐ Vaccin VHB: 2 injections à 20µg espacées d'1 mois et 3<sup>ème</sup> injection à 6 mois
- ☐ Vaccin VHB (schéma accéléré): 3 injections à 20µg à J0, J7 et J10, rappel à 12 mois
- ☐ Vaccin VHB: 3 injections à 40µg espacées d'1 mois et 4<sup>ème</sup> injections à 40µg à 6 mois
- ☐ Vaccin VHA: 2 injections à 6 mois d'intervalle
- ☐ Vaccin HPV nonavalent: 2 injections espacées de 6 mois
- ☐ Vaccin HPV nonavalent: 2 injections espacées d'1 mois et 3<sup>ème</sup> injection à 6 mois



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