

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

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

Déclaration de Maladie

M22- 0034211

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI

Mohamed

(O) M6071

Date de naissance :

Adresse : BOUZIROUNIA

GOLF city villa verte n° 81A - CASABLANCA

Tél. : 0608016655

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé 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 :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : AA

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAJUS Dr Marc SAJUS 226, Bvd Saint Denis 92400 Courbevoie Tél. : 01 43 33 52 28 N° 92 2 019 732	97/09/23	80,22

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with numbers 1 through 8 on the upper arch and 1 through 8 on the lower arch. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown as a series of connected arcs.

[Création, remont, adjonction] tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE SAJUS
SAJUS MARC
226 Bd Saint Denis
92400 COURBEVOIE

N° SIREN : 530521962
 N° TVA intracommunautaire : FR83530521962
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 01.43.33.52.28
 E mail : 922019732@cl.alliads.net

ALAOUI MOHAMMED

199 RUE JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 FRANCE

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 194269 du 27/04/2023 - vente n° 123042700027 - FSE n° 387650

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3377142 3	XENETIX 350MG/ML FL 150ML 1	1	53,526	53,53	2,10	54,65
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDA	HONORAIRE LIÉS À L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
HDR	HONORAIRE MÉDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 1

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	56,57	1,19	57,76
Totaux	56,57	1,19	57,76

Part principale	37,54	Part assuré	20,22
Part complémentaire			

Net à payer 20,22

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée partiellement (20.22 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 27/04/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE SAJUS
226 Bd Saint Denis
92400 COURBEVOIE
Malade: MOHAMMED ALAOUI

Date Fact: 27/04/2023
Vendeur : CECILE CARLES
Tel : 01.43.33.52.28
N°SS : 142129938041289

N° Facture : 387650 (Facture 1/3 Payant)
Qté DESIGNATION PRX/U BR HD TX Ordo
1 XENETIX 350MG/ML FL 150ML 54,65 54,65 1,02 65 460329
3400933771423
Honor. Dispens. 2,09
TOTAL : 57,76 TOTAL ASSURE : 20,22
TOTAL AMO (CPAM 92) : 37,54 TOTAL AMC : 0,00



N° FINESS



940100043

SERVICE DE RADIOLOGIE
ADULTE

Chef de service
Pr Marie-France BELLIN

01 45 21 33 87
01 45 21 32 00
marie-france.bellin@aphp.fr

Secrétariat général :
01 45 21 33 72
01 45 21 33 73
01 45 21 30 43
01 45 21 32 09
brv.radiogen.bct@aphp.fr

Cadres :
01 45 21 23 45
01 45 21 35 86

Accueil :
01 45 21 33 78

Rendez-vous :
01 45 21 28 38
01 45 21 33 70

Mammographie :
01 45 21 72 33
01 45 21 28 09
01 45 21 32 09

Prénom et Nom du patient :

M ALAOUI, MOHAMMED

Age : 80 ans

Le Kremlin-Bicêtre, le 15 février 2023

ORDONNANCE

ACTE GRATUIT

Pour un examen de scanner

Pensez à vous procurer chez votre pharmacien (72 heures à l'avance) le produit suivant :

- **XENETIX 350 mg : 1 trousse de flacon de 150 ml EXP
Code CIP 3400933771423
Non substituable**

A apporter le jour de votre examen

Pr M.F. BELLIN