

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-797861

162645

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3098 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUHADA Abdelaziz  
 Date de naissance : 30/09/1947  
 Adresse : Résidence 44 Adnan Rue 6  
 ON GUEL OULFA  
 Tél. : 0650395139 Total des frais engagés : 129,40€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO-CHIRURGICALE  
Rég. Méd. 4 Andale Ad Abdelmojmou  
et Ed. ARCHIL  
Tél. 05 22 98 41 16

Date de consultation : 24/04/2023  
 Nom et prénom du malade : BOUHADA Khalid Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : arthrose de hanche  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/04/23        | contrôle          | 1                     |                                 | Dr BENNIS Khalid<br>HERATO CASTRO - ENTREPRENEUR<br>Rég. M. 44 215 44 Abdelmajid<br>141 05 22 98 41 16 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie du Forez<br>21, Avenue du Forez<br>78310 MAUREPAS<br>Tél. : 01 30 50 56 95<br>Fax : 01 30 50 90 78<br>N° ID 782014005 | 28/04/23 | 124,47 €              |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# 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 : <input type="text"/>                   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|----------------------------|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|                            |  |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | B  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

pharmacie du forez PHARMACIE DU FOREZ

au capital social de 1 euros

MME HACAULT

21 AVENUE DU FOREZ

78310 MAUREPAS

FRANCE

Tel: 0130505695 Fax: 0130509076

Email: equipeforez@gmail.com

N° SIRET: 80912652700013 - N° SIREN: 809126527

TVA Intracommunautaire: FR86809126527

RCS: 809126527 - Ville de greffe

Code NAF/APE: 4773Z

Page

1 / 1

**DUPLICATA FACTURE**

N°7824/621809

Du 13/01/2023

Date de l'échéance 14/01/2023

BOUHMDA KHADIJA

78310 MAUREPAS

Prescripteur: ETRANGER Medecin

Opérateur: AURELIE C

| Désignation<br>Code produit   | Prest. | Taux<br>Remb. | Qté | PUHT   | Taux<br>TVA | Montant<br>Total HT |
|---|--------|---------------|-----|--------|-------------|---------------------|
| DELURSAN 500MG CPR SEC 60<br>3400921931211<br>N° Ordonnancier: 828583 | PH7    | 0             | 3   | 40,656 | 2,10%       | 121,97              |
| Honor. dispens. HDR   | HDR    | 0             | 1   | 0,500  | 2,10%       | 0,50                |

| Montant HT      | Taux TVA (*) | Montant TVA      | Montant TTC      |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 122,47          | 2,1% (4)     | 2,57             | 125,04           |
| <b>Total HT</b> |              | <b>Total TVA</b> | <b>Total TTC</b> |
| 122,47          |              | 2,57             | 125,04           |

|             |        |
|-------------|--------|
| Part AMO    | 0,00   |
| Part AMC    | 0,00   |
| Part Client | 125,04 |

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| Mode(s) de règlement      |        |
| Règlements multiples (CB) | 125,04 |

|          |      |
|----------|------|
| 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

# CARTE BANCAIRE

A0000000421010

CB INVENTIVE

le 26/04/23 à 13:22:52

SELARL PHARMACIE

78310

MAUREPAS

2477424 30002

Siret 80912652700013

xxxxxxxxxxxxx8789

99D9C23BF99F3FB1

001 000002 C @

No AUTO:021046

**MONTANT:129,40 EUR**

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER