

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-487457

NO: 30771

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-487457

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
26.02.20	CV	CV	300MF	INP : 11010136614 <div style="text-align: right;"> Said BOUHLAL MATOLOGUE Abdelhak-Rabat 43/90 </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie du Grand Boulevard</p> <p>Mr VANPOULLE</p> <p>1, Avenue de la République</p> <p>59700 Marcq en Baroeul</p> <p>Tél. : 03 20 55 26 43</p>	10/03/20	33€10

[illegible][illegible]

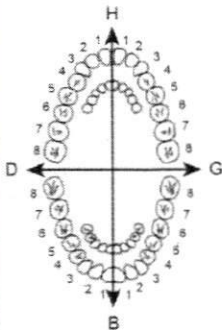
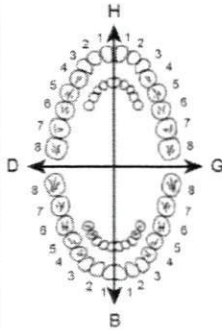
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

• 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX 											
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">B</td> <td></td> </tr> </table> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd BOUHLAL

DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies
de la peau et du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles
Diplômé de la faculté de
médecine de Toulouse

الدكتور سعيد بوهلال

إختصاصي في أمراض الجلد
و أمراض الشعر
و الأمراض التناسلية
خريج كلية الطب بتولوز

Rabat le

26.02.20

الرباط في

BEKKARI jal

Duofilm

le soir

la venue

- hexomédine solution

Tricovivax

10 pulvérisations

mat et soir

6 mois

- shampooing

Dr. Saïd BOUHLAL
DERMATOLOGUE

56, Av. Allal Ben Abdellah-Rabat
Tél.: 05 37 70 43 90

Anaphase du creux

2 à 3 fois/semaine

56, شارع علال بن عبد الله، الشقة رقم 10 - الرباط - الهاتف : 05 37 70 43 90

56, Av. Allal Ben Abdellah, Apt. N° 10 - Rabat - Tél : 05 37 70 43 90

Pharmacie du Grand Boulevard
Mr VANPOULLE
801, Avenue de la République
59700 Marcq en Baroeul
Tél.: 03 20 55 26 43

EURL PHARMACIE DU GD BOULEVARD
 Bertrand VANPOULLE
 801 AV. DE LA REPUBLIQUE
 59700 MARCQ EN BAROEUL
 Tel: 0320552643
 N° SIRET: 44883998500018
 Code NAF: 4773Z - FR14448839985
 FRANCE

FACTURE
 N°839
 Du 10/03/2020
 Date de l'échéance 11/03/2020

BEKKARI Jad
 800 av de la republique
 59700 MARCQ EN BAROEUL

Opérateur: ADELE V

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
HEXOMEDINE 0,1% S A LOC FL/250ML 3400930495384	1	9,109	2,10%	9,11
PURESSENTIEL STICK ARTICUL ROLLER/75ML 3401546259902	1	11,583	20,00%	11,58
DUOFILM S A LOC FL/15ML 3400932463749	1	9,000	10,00%	9,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
9,11	2,1% (4)	0,19	9,30
9,00	10% (10)	0,90	9,90
11,58	20% (6)	2,32	13,90
Total HT		Total TVA	Total TTC
29,69		3,41	33,10

Mode(s) de règlement
 Règlements multiples (Espèces)

33,10

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

Pharmacie du Grand Boulevard
 Mr VANPOULLE
 801, Avenue de la République
 59700 Marcq en Baroeul
 Tél. : 03 20 55 26 43

Acquitté le 10/03/2020

indique les quantités unitaires
 Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0 - code 10: taux 10.0

Duofilm

gsk

Duofilm

**solution
pour application
cutanée**

**Acide salicylique
Acide lactique**

**Composition en substances
actives :**

Acide salicylique 16,7 g
Acide lactique 15 g
pour 100 g de solution pour
application locale.

Liste des excipients :

Collodion souple: fulmicoton, alcool
à 90% v/v, éther.

Indications d'utilisation :

Traitement des verrues plantaires
et des verrues vulgaires de la main.
Chez l'enfant de moins de 4 ans,
l'utilisation de DUOFILM ne pourra
se faire qu'après avis médical.



gsk

Duofilm

Médicament autorisé n°
3400932463749

**solution
pour application
cutanée**

**Acide salicylique
Acide lactique**


Puresseentiel

**GEWRICHTEN
& SPIEREN**

ROLLER



100% PUUR & NATUURLIJK

MEDISCH HULPMIDDEL

**Onmiddellijke en langdurige
werking om:**

- Spier- en gewrichtspijn te verlichten
- Spierspanning te verzachten



**7 jaar
en +**



ZONDER BEWAARMIDDEL - ZONDER KLEURSTOF



3 401546 259902

Code ACL : 4625990

9999-998



Hexomedine®

1 pour mille
solution pour application locale

Diisétionate d'hexamidine



250 ml

VOIE CUTANÉE
NE PAS AVALER

1 pour mille
solution pour
application locale
Diisétionate d'hexamidine



Hexomedine®



CIP 3400930495384
EXP. 10.2021
BATCH 8K2991