

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° W19-506997

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **15070** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09633** Société : **R A M**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BAHRI MOHAMED**

Date de naissance : **10-11-1970**

Adresse : **302 ELKHEIR SIDI MAAROUF CASA**

Tél. : **0665 307725** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12 JAN. 2020**
02 JAN. 2020

Nom et prénom du malade : **A BWA** Age : **07 ans**

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 : **CASA**

Le : **07 / 01 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **A BAHRI**

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		130,97 Euro

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

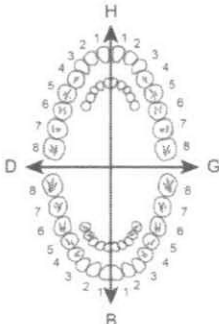
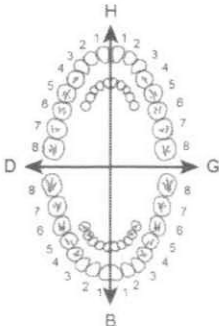
[illegible]

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BEN ITTO AFAF

Pédiatrie générale

Epilepsie, Vidéo EEG

Maladies métaboliques et génétiques

Maladies neuromusculaires

Troubles des apprentissages scolaires

Retard Mental

Autisme et Hyperactivité



د. عفاف بن يطو

طب الأطفال
مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ
أمراض الاستقلاب الوراثية
أمراض الجهاز العضلي والعصبي
مشاكل التعلم الدراسي
التأخر الذهني
التوحد - فرط النشاط الحركي

09/04/2019

Bahni Arwa

P = 18mo

2/- keep the shop 100mg/ml

2ml 100mg/ml
2.5ml 100mg/ml] x 0.67ml

CCPNP
CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEURO-PÉDIATRIE
Dr. AFAF BEN ITTO
Tél. : 0522 278 392 / E-Mail : afaf.benitto@gmail.com

Keppra®

100 mg/ml
solution buvable

Keppra®

100 mg/ml
solution buvable
Lévétiracétam



300 ml



10 ml

4+

ans

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N° SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°1640/687389

Du 26/12/2019

Date de l'échéance 27/12/2019

MAROC X
75012 PARIS

Prescripteur : XXX_
N° AM : 750000002
Opérateur: _ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
KEPPRA 100MG SOL BUV 300ML 3400937023818 N° Ordonnancier : 870480 N° Lots : 1167	PH7	0	2	62,889	2,10%	125,78
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
128,28	2,1% (4)	2,69	130,97
Total HT	Total TVA		Total TTC
128,28	2,69		130,97

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	130,97

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	130,97

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

well & well
Pharmacie du Parc
sophie ZERBIB
21 rue Pommard
75012 PARIS
Tél.: 01.53.33.01.02
75 2 03 953 7

(u) indique les quantités unitaires

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

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N° SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: MAROC X
Ordonnance 687389

3400937023818	4	2	64,21	128,42
KEPPRA 100MG SOL BUV 300ML			(870480)	
Du(s): 1x				

	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HD7				

	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				

Total TTC	130,97
A Payer	130,97

TOTAL A PAYER : 130,97 (859,11F)
Montant HT : 128,28

Code	Taux	HT	TVA	TTC
TVA				
4	2,10	128,276	2,694	130,97

Espèces : 150,00
Rendu monnaie : 19,03

Le 26/12/2019 à 17h07 Op. : 3 _ M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 95312/1300642

B17/0106-R2

126/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAQB/AAMU
/2.10.2.1.PO-55/1