

## 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

- 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 Étage 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° W21-626413

ND:  
11201

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5090

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABDELALI SAMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Hervé LEBRUN**  
MEDECINE GENERALE

Médecin Agréé - Expert à la Cour d'appel

29360 CLOHARS-CARNOET

N° RPPS 10002646718

Date de consultation :

01/07/2021

Nom et prénom du malade :

291001121

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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) :

[Signature]



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

|   |                  |                                 |
|---|------------------|---------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur<br>29 place Gal de Gaulle<br><b>18 JUIN 2021</b><br>29360 CLOHARS-CARNOET<br>29 2 02 439 5 / 100 | Date<br>18/06/21 | Montant de la Facture<br>47,09€ |
|---|------------------|---------------------------------|

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

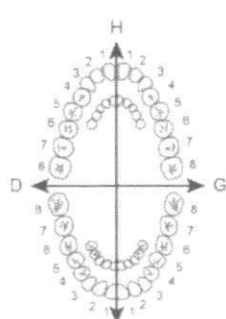
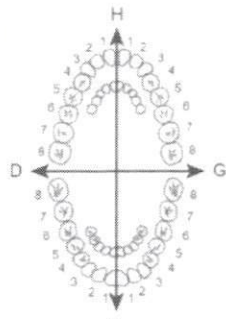
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# VOLET ADHERENT

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

|  |       |  |  |  |  |  |
|--|-------|--|--|--|--|--|
|   | Soins |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |  |  |  |

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

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

|                         |  |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
| MONTANTS DES SOINS      |  |
| DEBUT D'EXECUTION       |  |
| FIN D'EXECUTION         |  |
| 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



**Dr. Herve LEBRUN**  
7 RUE DE KERANGUEN  
29360 CLOHARS-CARNOËT  
Tél : 02.98.71.52.90

Spécialiste en Médecine Générale  
DU de Réparation Juridique du Dommage Corporel.  
Consultations sur Rendez-vous



**CLOHARS-CARNOËT, le 18/06/2021**

**M. Samia ABDELLALI, né le 06/05/1961**

- ALVERINE CITRATE 60 mg + SIMETICONE 300 mg caps molle (**METEOSPASMYL Caps molle B/30**) (2 boîtes)  
Prendre, par voie orale, 1 capsule le matin, le midi et le soir, pendant 14 jours

PROBIOLOG FLORIS 1 MATIN 1 MOIS



A large, stylized handwritten signature is written in black ink, extending from the bottom right towards the center of the page.

Membre d'une association de gestion agréée, règlement des honoraires par chèque  
accept <https://secure.weda.fr/Images/trash-icon.png>.

Phie de Clohars SELARL Fact. Num. : 579428  
 4, Pl. Général de Gaulle Date Fact. : 18/06/2021  
 29360 CLOHARS CARNOET Date Ord. : 18/06/2021  
 292024395 Medecin: LEBRUN Hervé  
 Tel : 0298715543 Code Op: 55  
 INSEE: Malade: ABDELALI Samia  
 199 bd biranzarane 29360 CLOHARS CARNOET

| QTE | DESIGNATION                       | CIP                     | Prix/U | BaseSS | HD   | TxSS |
|-----|-----------------------------------|-------------------------|--------|--------|------|------|
| 3   | METEOSPASYL CAP<br>S 20           | 3400933254063           | 2,78   | -      | 1,02 | 0    |
| 1   | PROBIOLOG FLORVI<br>S Pdr or 28St | 3760001041569<br>Dus: 1 | 33,60  | -      |      | 0    |
| 1   | Honor. dispens.<br>HDR            |                         | 0,51   | -      |      | 0    |
| 1   | Honor. dispens.<br>HDA            |                         | 1,58   | -      |      | 0    |

MONTANT TOTAL : 47,09 MONTANT AMO : 0,00  
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 47,09

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant,  
 de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la  
 sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

4, Pl. Général de Gaulle  
 29360 CLOHARS CARNOET  
 Tel: 0298715543  
 N° SIRET: 44463006500019  
 Code NAF: 4773Z - FR29444630065  
 FRANCE  
 N° Cpte: FR76 30003016800002063797577

**FACTURE**

N°4494/579428

Du 18/06/2021

Date de l'échéance 19/06/2021

ABDELALI Samia  
 199 bd biranzarane  
 resq el walida etage 3 app 10  
 29360 CLOHARS CARNOET

Prescripteur : LEBRUN Hervé  
 N° AM : 291001121  
 N° RPPS : 10002646718  
 Opérateur: Maelle T

| Désignation<br>Code produit                    | Prest. | Taux<br>Remb. | Qté | PUHT   | Taux<br>TVA | Montant<br>Total HT |
|--|--------|---------------|-----|--------|-------------|---------------------|
| METEOSPASMYL CAPS 20<br>3400933254063          | PH2    | 0             | 3   | 2,723  | 2,10%       | 8,17                |
| Honor. dispens. HD2                            | HD2    | 0             | 3   | 0,999  | 2,10%       | 3,00                |
| PROBIOLOG FLORVIS Pdr or 28St<br>3760001041569 | PHN    | 0             | 1   | 31,848 | 5,50%       | 31,85               |
| Honor. dispens. HDR                            | HDR    | 0             | 1   | 0,500  | 2,10%       | 0,50                |
| Honor. dispens. HDA                            | HDA    | 0             | 1   | 1,550  | 2,10%       | 1,55                |

| Montant HT      | Taux TVA (*) | Montant TVA      | Montant TTC      |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 13,21           | 2,1% (4)     | 0,28             | 13,49            |
| 31,85           | 5,5% (5)     | 1,75             | 33,60            |
| <b>Total HT</b> |              | <b>Total TVA</b> | <b>Total TTC</b> |
| 45,06           |              | 2,03             | 47,09            |

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 47,09

Mode(s) de règlement

CB

47,09

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 - code 5: taux 5.5