

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-007569

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUBSIT NOHAMMEL

Date de naissance : 16/04/60

Adresse :

Tél. : 0666262795 Total des frais engagés : 33,18 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL GNAOUI Fatma Age: 66

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'H
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PHARMACIE RIQUET HALAOUI WEILL 28 RUE RIQUET 75019 PARIS TEL: 01487453 FAX: 0140346854 SIRET: 79911656100017	20/04/2023	33,18€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

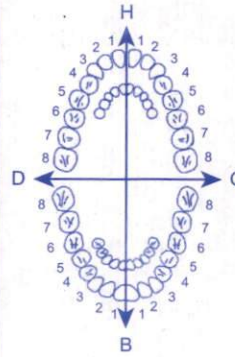
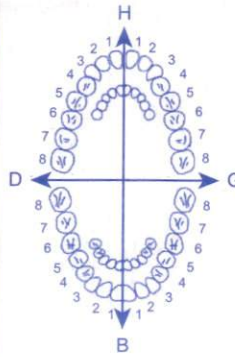
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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 HALAOUI

N°FS: 166369

EL GNAOUI FATIMA

28 RUE RABOU

Prescription : 20/04/2023

24/03/1956

75019 PARIS 19E ARRONDISSEMENT

MEDECIN ETRANGER

RO:

Tél : 01 42 05 69 88

RC:

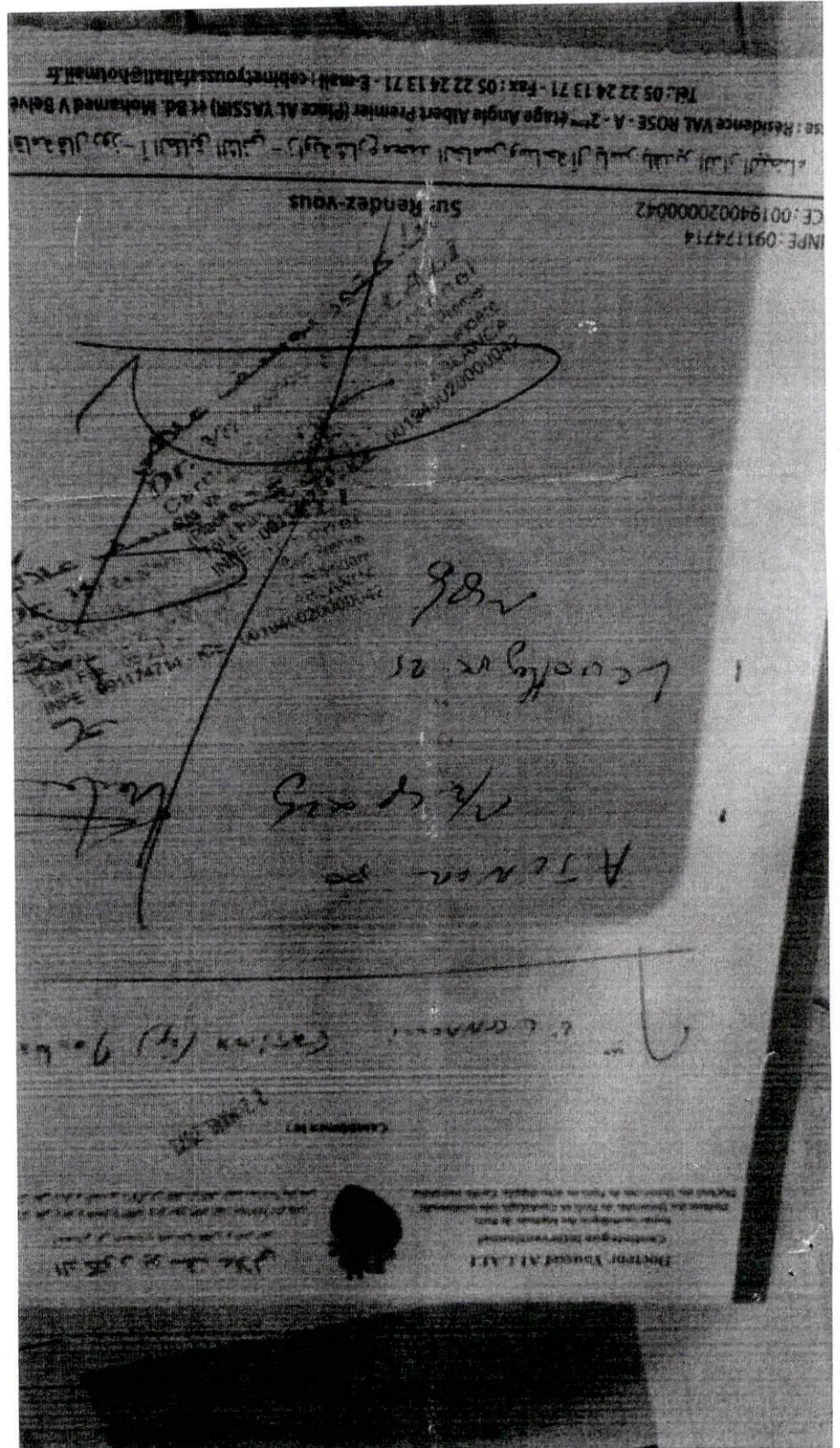
N°: 752040857

Util: 33

751999996

Registre	Qté	Code	Produit	Remb	%	Hono.	P.U
L0203769	1	3400937286824	ATENOLOL TEVA 50MG CPR PESI	7,44	0 %	2,76	10,20
L0203760	1	3400937316903	ATENOLOL SANDOZ 50 MG CPR F	7,44	0 %	2,76	10,20
L0203761	2	3400930065570	LEVOTHYROX CPR 25MCG 90	1,30	0 %	5,52	4,35
	1		Honoraire médicament remboursable	0,51	0 %	0,00	0,51
	1		Honoraire médicament spécifique	3,57	0 %	0,00	3,57

RO 0,00 €	RC 0,00 €	Ass 33,18 €	Total 33,18 €
-----------	-----------	-------------	---------------



CENTRE DENTAIRE ARCHEREAU

41 RUE ARCHEREAU- 75019 PARIS

01.42.05.57.69



Rendez-vous

Date	Heure
27/06	9 H30.

En cas d'indisponibilité, merci de prévenir le plus rapidement possible.

SIRET: 79911656100017
 TEL: 01487433
 FAX: 0140343354
 28 RUE RIQUET 75019 P.
 PHARMACIE HALAOUI
 28 RUE RIQUET

75019 PARIS 19E ARRONDISSEMENT - France

Délivrance sur ordonnance

EL GNAOUI FATIMA - 137114

Qté Description	Prix	Montant
1 ATENOLOL TEVA 50MG CPR PESE P LQ/90	10,20	10,20 4
1 ATENOLOL SANDOZ 50 MG CPR PES E PLAQ/90	10,20	10,20 4
2 LEVOTHYROX CPR 25MCG 90	4,35	8,70 4
1 Honoraire médicament rembours able	0,51	0,51 4
1 Honoraire médicament spécifique	3,57	3,57 4

TOTAL HT 32,50

TOTAL TTC 33,18

A PAYER 33,18

dont honoraires 11,04

Règlements

Carte bancaire 33,18

Détail TVA	TVA	HT	TTC
4 2,10%	0,68	32,50	33,18

Nb de lignes : 8 (dont 3 honoraires)

20/04/2023 18:33:29 ticket 2023033621-Original

Vous avez été servi par (33)-Poste LE023

Solde de votre compte client : 0,00 €

LE02.0 V215.1-(NF525)B0416-L1P0

SIRET 79911656100017 NAF 4773Z