

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

- 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'Al
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
M23+007905

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM 173248
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim
 Date de naissance : 11/1944
 Adresse : CASA
 Tél. : 06 63 45 18 51 Total des frais engagés : 1086,72 G

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 / 07 / 2023
 Nom et prénom du malade : Boukdour Brahim Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Vague
 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 : CASA Le : 11 / 07 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNUP 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
16/08/23	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MONTMARNASSE BIENVUE</p> <p>75 203 101 - 75014 Paris</p> <p>15 AOUT 2023</p> <p>Ouvert 7/7 8h00 - 21h00</p> <p>Tél : 01.43.20.95.09 - Fax : 01.43.35.49.23</p> <p>pharmaciebienvenue@hotmail.fr</p>		1086,72 euros

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
		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															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاد

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

11 juillet 2023

Mr. BOUKDOUR Brahim

PEGASYS 90 UG

1 inj sous-cutanée par semaine x 6 mois
PHARMACIE MONTFARVASSE
75 203 164 1
43, avenue du Maine 75014 Paris

15 AOUT 2023

Ouvert 7/7 8h00 - 21h00
Tél: 01.43.20.95.09 - Fax: 01.43.35.49.23
pharmaciebianvenue@hotmail.fr

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 06 67 58 93 11
Gsm: 06 67 58 93 11

75014 PARIS
FRANCE
Tel: 0143209509
N° SIRET : 40255478600010 - N° SIREN : 402554786
TVA Intracommunautaire : FR14402554786
RCS : - Ville de greffe: Paris
Code NAF/APE: 4773Z

Du 15/08/2023
Date de l'échéance 16/08/2023

BOUKDOUR Brahim
0000 MAROC
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER A
N° AM : 751999996
Opérateur: _ I

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
PEGASYS 90µg S inj ser prér Ser/0,5ml 3400926980511 N° Ordonnancier : 1066077	PH7	0	12	87,365	2,10%	1 048,38
Honor. dispens. HD7	HD7	0	12	0,999	2,10%	11,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
1 064,37	2,1% (4)	22,35	1 086,72
Total HT		Total TVA	Total TTC
1 064,37		22,35	1 086,72

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	1 086,72

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Crédit)	1 086,72

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques li. allés à son nom

(u) indique les quantités unitaires
(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

PHARMACIE MONTARNASSE BIENVENUE
MONTARNASSE BIENVENUE
43 AV DU MAINE
75014 PARIS
FRANCE

Tel: 0143209509

N° SIRET: 40255478600010

Code NAF/APE: 4773Z - FR14402554786

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
Patient: BOUKDOUR Brahim Ordonnance 937422				
3400926980511 PEGASYS 90µg S inj ser prér Se(1066077) Du(s): 12x	4	12	89,20	1070,40
	4	12	1,02	12,24
Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR	4	1	3,57	3,57
Honor. dispens. HDE				
		Total TTC		1086,72
		A Payer		1086,72

TOTAL A PAYER : 1086,72 (7128,42F)

Montant HT : 1064,37

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	1064,368	22,352	1086,72

CB : 600,00

Patient: BOUKDOUR Brahim

Crédit : 486,72

Le 15/08/2023 à 13h03 Op. : 1 _ I

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 573297/2035668

B525/0370-3

126/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/gA0d/kVRQ
/2.20.2.1.R8/1