

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.

Diagnostique 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
Prendre en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0019187

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDAKHOU FREDJ Date de naissance : 29/03/54

Adresse : 29X AMELKS 2 NAKHIL Sij MAIRAKS

Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : 29,95 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr FRAGKOU LILIA
07 OCT 2019
Médecine Générale
RPPS 10101567740

Date de consultation : 05/08/2019

Nom et prénom du malade : BENDAKHOU ASSIA Age : 01/01/58

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Infection virale

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 : Colomnes Le : 05/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
			25€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES 4 CHEMINS 130, Bd Charles de Gaulle 92700 COLOMBES Tél: 01 42 42 22 71 922018361 RCS: 789 954 328	05/08/19	4.95€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

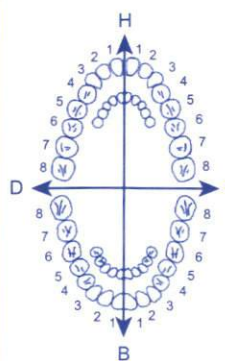
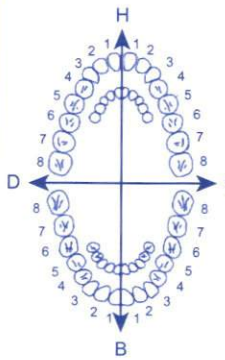
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	[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

Facture

Numéro de facture	Date	Code client
190123480	05/08/2019	

922018361

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

130, Bd Charles de Gaulle

92700 COLOMBES

FRANCE

Tél : 01.42.42.22.71

Fax :

E-Mail :

BENNANI ASSIA

92700 COLOMBES

SIRET :

APE :

TVA Intracommunautaire :

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/09/2019

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3635845 4	ACICLOVIR BGA 5% CR TB10G	1	4,5000	0,00	4,5000	4,50	10,0

Quantité totale des produits : 1

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
10,0%	4,50	0,00%	0,00	4,50	0,45	4,50 EUR	
						0,45 EUR	
						4,95 EUR	
Totaux	4,50	0,00%	0,00	4,50	0,45		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
 En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.



DENTYLIS

Centre Médico-Dentaire

Centre Médico-Dentaire Charles de Gaulle

147 Bld Charles De Gaulle

92700 Colombes

FINESS : 920030616

Tel : 01 85 01 11 95

Fax : 01 85 01 11 98

Docteur FRAGKOULIDOU LILIA

Médecine Générale

10101567740

, le 05/08/2019

Madame BENNANI ASSIA

63 ans

1- ZOVIRAX 5% CR TUB 10G (Aciclovir)

1 application 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours.

* L'ordonnance contient 1 produit.


Dentaire colombes
Pierre expert
la Marine
COLOMBES
92 003 0616

CENTRE DE SANTE COLOMBES

Rue PIERRE EXPERT ZAC DE LA MARINE

92700 COLOMBES

Tél: 01.85.01.11.95 - Fax: 01.85.01.11.99

N° Finess : 92 0 03061 6

FACTURE

Fact / FSE 17 481 / 0

du: 05/08/2019

Praticien

FRAGKOULIDOU Lilia**01 Médecin Généraliste**

Page 1 of 1

Patient : BENNANI Assia (N°: 27109)**Né(e) le :** 01/01/1956**Lien :****N° SS :****Risque :****Assuré :** BENNANI Assia (N°: 27109)**Adresse :**

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
05/08/2019	Consultation médecine G	1,00	25,00	0,00	25,00
					25,00 €

Acquittée

CDS Medico - Dentaire colombes
1/9 rue Pierre expert
Zac de la Marine
92700 COLOMBES
Finess 92 003 0616

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	25,00 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	25.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Total :	0,00 €	Reste dû le 05/08/2019		0,00