

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

- 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'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° W19-422629

12684

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7342 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOUKI JASSAN
 Date de naissance : 27/02/1968
 Adresse : LIABTIVUE
 Tél. : 066191343 Total des frais engagés : 53,02 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

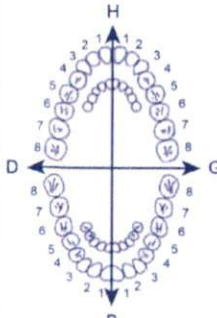
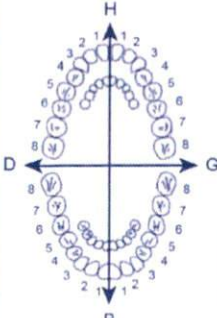
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU PARC
MADAME ZERBIB sophie
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS

Tel : 0153330102

No S22ET : 80290146200019

Code NAF : 5234A - FR10802901462
FRANCE

Désignation Code Qté PU Montant
TVA TTC TTC
Patient: MAROC X
Ordonnance 668022

3400930264546	4	4	1,69	6,76
COUMADINE CPR SEC	2MG	BT	20(848045)
	4	4	1,02	4,08
Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR	4	1	2,04	2,04
Honor. dispens. HDE				

Total TTC 13,39
A Payer 13,39

TOTAL A PAYER : 13,39 (87,83F)
Montant HT : 13,12

Code				
TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	13,115	0,275	13,39

Espèces : 50,00
Rendu monnaie : 36,61

Le 09/08/2019 à 16h27 Op. : G G G

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 71116/1268113

B0106-R1

128/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAMA/AAMU
/2.8.1.2.R8-151/1



EXACOMPTA
PARIS

0%



**Bisphenol A
BPA**



FSC

www.fsc.org

MIXTE

Issu de sources
responsables

FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS

0%



**Bisphenol A
BPA**



FSC

www.fsc.org

MIXTE

Issu de sources
responsables

FSC® C002321



*94542 AEROGARE SUD CEDEX 190
Tel: 0149757470
N° SIRET: 43864744800010
Code NAF: 4773Z - FR04438647448
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
Patient: CHOUKI Hassan Ordonnance 94269				
3400930264546 COUMADINE CPR SEC	4 2MG	4 BT 20	1,69 (115206)	6,76 4,08
Honor. dispens. HD7	4	4	1,02	4,08
3400935693099 COUMADINE CPR SEC	4 5MG	4 BT 30	5,54 (115207)	22,16 4,08
Honor. dispens. HD7	4	4	1,02	4,08
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDE	4	1	2,04	2,04
Total TTC				39,63
A Payer				39,63

TOTAL A PAYER : 39,63
Montant HT : 38,82

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	38,815	0,815	39,63

Espèces : 39,63

Le 10/08/2019 à 06h34 Op. : INT . i

Montants exprimés en Euros

BON VOYAGE
EQUIPE PHARMACIE ORLY 4
pharmacieorly4@gmail.com

Ticket 161361/536936 B0106-R1

126/ /1/FACTURATION/TICKET/6/N/AANF/AANI
/2.8.1.2.R8-151/1