

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Tel. : 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° W19-517106

MS = 24302

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *02644* Société : *RAM*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *OKBA Abdelmalik*
 Date de naissance : *30/04/1959*
 Adresse : *Habituelle*
 Tél. : *06 68982821* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. BUI Thanh-Hao

Cachet du médecin : *MEDECINE GENERALE - Conventionné*
24 Rue Emile Guyou
31400 TOULOUSE
31 1 01446 8
 Date de consultation : *23/01/2020*
 Nom et prénom du malade : *OKBA Abdelmalik*
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Toux persistante*
 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 : *Casablanca* Le : *09/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Metro Rangueil SELARL BM PHARMACIE 28 rue C. Forbin 31400 Toulouse N° national 312008576 Tél : 05.61.52.49.36 SIRET 823 265 988 00019	29/1/20	26,45€

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			COEFFICIENT 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



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

2 0 0 0 0 7 2 6 0

2 9 0 1 2 0 2 0

date J J M M A A A A

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

OKBA ABDELMALEK

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

3 0 0 4 1 9 5 9

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

OKBA ABDELMALEK

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

A

ADRESSE de L'ASSURE(E)

31400 TOULOUSE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BEUVELOT CLEMENCE

RPPS 1000165089

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE METRO RANGUEIL

Mmes Marli & Beuvelot

28 Rue Claude Forbin

31400 TOULOUSE

N° ident 312008576

TEL : 05 61 52 49 36

OP : 1 29/01/2020 12:24

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

BUI THANH-HAO

identifiant

1 0 1 0 0 7 0 0 0 3

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

3 1 1 0 1 4 4 6 8

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 9 0 1 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "de"
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée	CIP/NOM	NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant	QTE: 2 V: 2 en EUR
	10930039946 INNOVAIR NEXTHALER		PH7 1x34,92	0%		34,92	
	INORAIRE DE DISPENSATION		HD7 1x1,02	0%		1,02	
	INORAIRE DE MEDICAM. REMB.		HDR 1x0,51	0%		0,51	

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

3 6, 4 5

MONTANT TOTAL
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

PHARMACIE METRO RANGUEIL

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

312008576

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR BUI THANH HAO

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

24 RUE EMILE GUYOU

31400 TOULOUSE

=> 31 1 01446 8 00 1 30 1 01 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

☐ SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)☐ MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

☐ AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
29012020				AG	25				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

25

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Dr. Thanh-Hao BUI
Spécialiste en MÉDECINE GÉNÉRALE

24 rue Emile Guyou
31400 Toulouse
Tél cabinet : 05 61 53 09 43

*Consultations du lundi au vendredi :
Matin de 9h à 12h
Après-midi : de 15h à 18h30*



10100700037

Toulouse, le 29/01/2020

M. Abdelmalek OKBA

- INNOVAIR NEXTHALER 200 µg/6 µg/dose Pdr inh Inhal/120doses

Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 14 jours

Centre Ranguell
PHARMACIE
31400 Toulouse
05 61 53 09 43
05 61 53 00 19

Dr BUI Thanh-Hao
MEDECINE GENERALE - Conventionné
24 Rue Emile Guyou
31400 TOULOUSE
31 1 01446 8

En cas d'absence et pour les urgences vitales, composez le 15



311014468

000 reg.0 FACTURE No.200007260

29/01/2020, ord. 29/01/2020,

OKBA ABDELMALEK

Total: 36,45EUR

1x35,94EUR 7 34009 3003994 6 INNOVAIR NEXTHALER 200/6MCG/DOS120

1x0,51EUR *Honoraire de dispensation remboursables

PHARMACIE METRO RANGUEIL

TEL : 05 61 52 49 36

312008576 OP : 1

Ne pas utiliser si les étiquettes de fermeture de l'étui sont déchirées ou manquantes.

LOT

1101563

EXP

10/2022



PC 03400930039946

SN 8DMAR6MR2V

 **Chiesi**

Réservé à l'adulte
Pour inhalation

INNOVAIR[®] NEXThaler[®]

200 microgrammes / 6 microgrammes / inhalation
poudre pour inhalation
dipropionate de béclométa^{so}ne anhydre / fumarate de formotérol dihydraté

**1 inhalateur contenant
120 doses**

Titulaire :
CHIESI SAS
17 avenue de l'Europe
92270 Bois Colombes - France