

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

Declaration de Maladie

N° W19-485512

ND: 29057

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

☒ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : YAKOUTY Abdelmejid

Date de naissance : 09-03-67

Adresse :

Tél. : 0611 899083 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDOUD/DOUD Mina
Médecin Généraliste
Anassi 2 Entrée 3 N° 3
Casablanca

Date de consultation : 04/02/2020

Nom et prénom du malade : YAKOUTY Samir Age :

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

Nature de la maladie : douleur articulaire

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 :

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 - 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien HARMACHEMIE VIADYS 20 FEV. 2020 3 bis rue du Fèvre d'Or - 28100 Dreux Tél. 02 37 42 21 97 SS 28 2 06246 8	SUD	Date 20/02/20	Montant de la Facture 12,38 €
--	-----	------------------	----------------------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

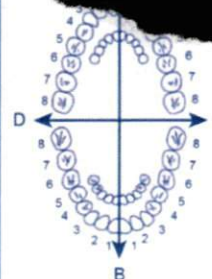
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

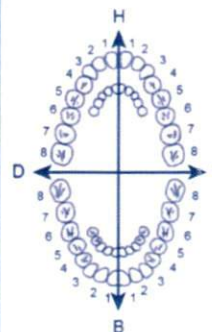
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Mina IDOUDAOUD

Lauréate De La Faculté De Médecine
et De Pharmacie De Casablanca
Médecine Générale
Suivi De Grossesse - HTA
Diabète - Echographie



الدكتورة مينة ادوداود

خريجة كلية الطب
و الصيدلية بالدار البيضاء
الطب العام
مراقبة الحمل - مراقبة الضغط الدموي
داء السكري - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 04.02.2020 في الدار البيضاء

Nom & Prénom : YAKOUH Samia

de bris de ref

1 gl x 31

~~Mina IDOUDAOUD
Médecin Généraliste
Annassi 2 Entrée 3 N° 3
Casablanca~~



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

YAKOUTI SANAA

(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 1

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)

7 rue Paul gauguin 28100 DREUX

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

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

CHESNEAU Alain

SELARL PHARMACIE PLATEAU SUD VIADY
3 bis rue Du Lièvre d'Or
28100 DREUX
282002468

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

IDOUDAOUD Mina

identifiant

raison sociale

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

281999995

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

20022020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX 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 "**"
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

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin loc
PH2	3400933595692		2	5,17	10,34	DEBRIDAT 74,4MG GLE SU					
HD2			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD2					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

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

PAIEMENT

1 2 , 8 9

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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

SELARL PHARMACIE PLATEAU SUD VIADYS
 Alain CHESNEAU
 3 bis rue Du Lièvre d'Or
 28100 DREUX
 Tel: 0237422197 Fax: 0237460018
 pharmacieplateausud@wanadoo.fr
 N° SIRET: 51160403500010
 Code NAF: 4773Z - FR00511604035
 FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: YAKOUTI SANAA
 Ordonnance 659633

3400933595692	4	2	5,17	10,34
DEBRIDAT 74,4MG GLE SUSP 30SA				
Du(s): 2x				

	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HD2				

	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				

Total TTC	12,89
A Payer	12,89

TOTAL A PAYER : 12,89 (84,55F)
 Montant HT : 12,63

Code	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	12,625	0,265	12,89

Espèces : 12,89

Le 20/02/2020 à 18h48 Op. : P Alberto

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
 MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 140843/972288 B17/0106-R2

124/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAMM/AAMZ
 /2.10.2.1.R10-178/1