

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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
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- 064001

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ADAM ABIL

Date de naissance : 11/08/1963

Adresse : 3 Avenue Hassan Ier

Tél. : 0651316664

Total des frais engagés : 58,33 €

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 : 05/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est pré de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire												
	<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 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
00000000	00000000												
D 00000000	G 00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17/0062493	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17/0062493

DATE DE DEPOT

04/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7462
Nom & Prénom		DAUD NABIL
Fonction	Phones	0661316664
Mail		ndaud@royalairmaroc.ma
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date 22/8/2020
Montant de la facture		58,33 €
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		
CACHET		

Scanne avec CamScanner



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement
Ordonnancefeuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

6 6 3 5 0 7

date 2 2 0 8 2 0 2 0

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 DAOUD Nabil (26501)

(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 pharmacien ou
le fournisseur)

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

Vd:NZ

ADRESSE de L'ASSURE(E)

72 bd Exelmans

75016

PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MME DE LA FOURNIERE MR BERNIE

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE EXELMANS

77 boulevard Exelmans

75016 PARIS

75 2 04314 1

Tel: 01 46 51 23 92

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 HOP COCHIN

identifiant

1 0 0 0 0 2 9 4 5 1 1

raison sociale

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

7 5 0 1 0 0 1 6 6

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 1 0 8 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)

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

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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code tarification Acte	Code Cip/Lpp	Top Labo	Decond.	Qte	Base Rembt	Mt factu.	Libelle	Nb Btes	Mode Presc.	Indic. Substi.	Date Deb loc	Date Fin loc
PH7	34009	3004272	4	1	12,79	12,79	ATORVASTATINE 20MG PFI					
HG7				1	2,76	2,76	Honoraire de dispensat					
PH7	34009	3286741	7	1	5,14	5,14	ISOPTINE LP 240MG CPR					
HD7				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PH7	34009	3820637	1	2	15,25	30,50	DUOPLAVIN 75MG/75MG CP					
HD7				2	1,02	2,04	Honoraire de dispensat					
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

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

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

5 8 , 3 3

Part ASS.: 58,33

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 fournisseur

MME DE LA FOURNIERE MR BERNIE

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer



PHARMACIE EXELMANS
MME DE LA FOURNIERE MR BERNIE
 77 boulevard Exelmans
 75016 PARIS
 France

N° SIREN : 880914296
 N° TVA intracommunautaire : FR16880914296
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 01 46 51 23 92
 E mail : ordo@pharmacieexelmans.com

DAOUD Nabil

72 bd Exelmans
 75016 PARIS
 France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 3 NZ

Facture n° 510729 du 22/08/2020 - vente n° 120082200142 - FSE n° 663507

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3004272 4	ATORVASTATINE 20MG PFIZER CPR 90	1	12,527	12,53	2,10	12,79
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
34009 3286741 7	ISOPTINE LP 240MG CPR SECABLE 30	1	5,034	5,03	2,10	5,14
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3820637 1	DUOPLAVIN 75MG/75MG CPR 30	2	14,936	29,87	2,10	30,50
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57
Totaux		4		57,13 €		58,33 €

Banque: CREDIT LYONNAIS
IBAN: FR36 3000 2004 2900 0000 9971 J20

Part principale		Part assuré	58,33
Part complémentaire			

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	57,13	1,20	58,33
Totaux	57,13	1,20	58,33

Net à payer	58,33
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 22/08/2020.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

Vérapamil Mylan

L.P. 240 mg

Voie orale



PC: 03400933559793
SN: 16453581512117
LOT: Y8264
EXP: 11 2022

PC: 03400930042724

EXP:

10/2022

Lot:

DT9934

SN:

611673312171



Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.



ATORVASTATINE

PFIZER

comprimé pelliculé
Atorvastatine

20 mg

FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I



**DUOPLAVIN® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte



3400938206371

Médicament autorisé n° 34009 3820637 1

SANOFI

security sanofi security



CIP 03400938206371
LOT AA103
EXP 01/2022
SN 100N29AM6VAFFX



DuoPlavin
75 mg/75 mg
comprimés pelliculés
clpidogrel/acide acétylsalicylique

FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I



**DUOPLAVIN® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte



3400938206371

Médicament autorisé n° 34009 3820637 1

SANOFI

security sanofi security



CIP 03400938206371
LOT AA103
EXP 01/2022
SN 100N29AM6VAFFX



DuoPlavin
75 mg/75 mg
comprimés pelliculés
clopidogrel/acide acétylsalicylique