

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-0019414



☒ Maladie



☐ Dentaire



☐ Optique



☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AJAL OTMAN
 Date de naissance : 1948
 Adresse : 95 RUE ORSOUVRE APPT 5 HA ELHA CAS
 Tél. : 612533331 Total des frais engagés : 274,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

et Thoracique
 Adultes - Enfants Nourrissons
 545, Bd. Panoramique Californie
 Casablanca - Tél: 0522 50 80 80
 Fax: 0522 50 76 98

Date de consultation : 16/10/2023
 Nom et prénom du malade : AJAL OTMAN Age: 75 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : R.V.A + mono pontage
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CAS Le : 16/10/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/10/23	ordonnance	1	12,00	
30/10/23	ordonnance	1	12,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	16/10/23	274,00

[illegible][illegible]

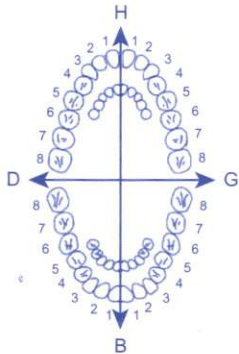
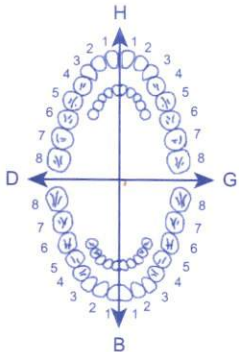
[REDACTED]

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 l'ODF.

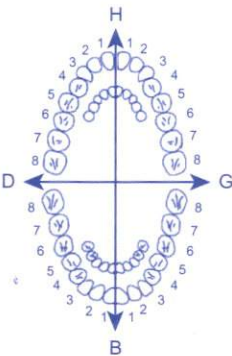
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS											
					DEBUT D'EXECUTION											
					FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[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

Important :

Veillez 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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE								
	<table border="1"> <tr><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr><td>B</td></tr> </table>	H	25533412 21433552	00000000 00000000	D G	00000000 00000000	35533411 11433553	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H								
	25533412 21433552								
	00000000 00000000								
	D G								
	00000000 00000000								
	35533411 11433553								
B									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession 	MONTANTS DES SOINS								
	DATE DU DEVIS								
	DATE DE L'EXECUTION								

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مستعجلات 24\24 ساعة

6 118001 100859
tensiel® 2,5 mg
les sécables

16 octobre 2023

Monsieur ethmane A JA

Cantelero

134.000 / 13 Rue de Casablanca 129

147.10 / 2 / 10

Ethanol

Personal and Confidential

Effortil 3000 31

Colchicine 1mg

Maintenance

Remonnetable
3 mms

5. PROVA

PHARMACIE AL AMINA
Mme Alami Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annanis Beausejou
Casablanca Tel: 05 22 39 09 70

PPV: 147DH10
PER: 03/25
LOT: M1031-2

PNV:28DH70
PER: 06/28
LOT: M2132

LOT :23E004
PER:01 2027

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

Clinique Cardio - Vasculaire
 Maladies Cardio - Vasculaires
 et Thoraciques
 Adultes - Enfants - Grossesses
 545 Bd. Ranomafana - Tél: 0522 50 80 80
 Rabat - Maroc Fax: 0522 50 76 98

شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

Tél.: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 ، الهاتف - Fax : 0522 50 76

E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com ، العنوان الإلكتروني - Site web : www.cliniquecalifornie.com

13,40