

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.

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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

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° P19-0019370

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4290 Société : P. Am. Retraité
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : CHS - M. A. (E. R. A. S. E.)
Nom & Prénom : HANNOUJ 9ed Date de naissance : 21/06/1948
Adresse : Hay Moumen N° 127 Mohammédia
Tél. : 0663874654 Total des frais engagés : 633,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2019

Nom et prénom du malade : Chayma

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : opéré pour M. gamba denton

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/06/19 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MOUMEN La Palestine Lot Moumen N°08 El Aïna - Monastir Tél 05 23 28 44 85 | 12/06/19 | 633,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

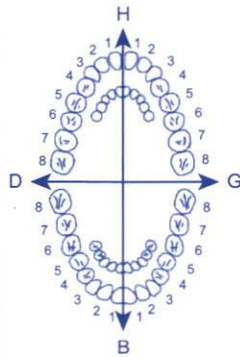
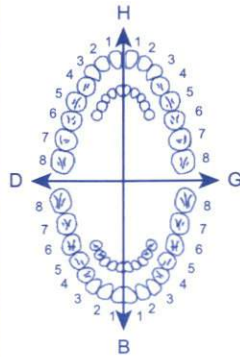
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|---------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|-----------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table><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</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> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BEN ELHAFI HASSAN

Médecin Spécialiste

En Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

- ✓ Chirurgie et Maladie Des Os et Articulations
- ✓ Chirurgie Prothétique et Des Rhumatismes
- ✓ Mal de Dos et Maladies de la Colonne Vertébrale
- ✓ Chirurgie de la Main, Coude, Epaule, Hanche, Genou, Cheville et Pied

الدكتور ابن الحافي حسن

طبيب إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

- ✓ أمراض و جراحة العظام و المفاصل و الكسور
- ✓ جراحة تقويم العظام وتعويض المفاصل
- ✓ جراحة اليد، الكتف، الورك، الركبة و القدم
- ✓ جراحة الروماتيزم
- ✓ الآم و أمراض العمود الفقري

Mohammedia le : 12/06/2020

Chafi Mine

81.00 x3
7/ Rantel 750 mg N2
21.80 x2
1/2 Rantel 750 mg N2
28.00
8/ Rantel 750 mg N2
52.80
4/ Rantel 750 mg N2
193.60
5/ Rantel 750 mg N2

PHARMACIE MOUMEN
P.O. La Palestine Lot Moumen N°08
El Alia - Mohammedia
Tel 05 23 28 44 85

RANITIL®
Ranitidine 150 mg
Boîte de 20 comprimés effervescents
P.P.V. : 81.00 DH
6 118000 190974

RANITIL®
Ranitidine 150 mg
Boîte de 20 comprimés effervescents
P.P.V. : 81.00 DH
6 118000 190974

RANITIL®
Ranitidine 150 mg
Boîte de 20 comprimés effervescents
P.P.V. : 81.00 DH
6 118000 190974

LOT : 9MA023
PER: 07 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V. : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 9MA023
PER: 07 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V. : 21DH80
6 118000 061113

AMM N° : 569/17 DMP/21/NR
LOT : 18291
PER : 03-2021
PPV : 52,80 DH

LOT : 18291
PER : 03-2021
PPV : 52,80 DH

LOT : 18291
PER : 03-2021
PPV : 52,80 DH

LOT : 18291
PER : 03-2021
PPV : 52,80 DH

LOT : 18291
PER : 03-2021
PPV : 52,80 DH

LOT : 18291
PER : 03-2021
PPV : 52,80 DH

Lotissement El Massira, Rd Riad (Mohamed 6) N°8, 1 étage. Appt N°1. (a côté d'école RODIN et Banque Populaire). Alia-Mohammedia

تجزئة المسيرة . شارع الرياض (محمد السادس) رقم 8 . الطابق الأول . الشقة 1 بجانب مدرسة رودان والبنك الشعبي . العالية - المحمدية

CABINET 0523.31.41.54 العيادة

URGENGE 0666.19.2004 المستعجلات

6/12/20
42,20
7x2
30,00
7/12/20
7/12/20



42,20
LOT 181870
EXP 08/2020
PTV 20 00

DR. BEN ELHACHEM
Chirurgien
Lot. El Massira, Bd Riad N°8, Apt N°1
Mohammadia - Tél: 05 23 31 41 45
HASSAN

633,20

PHARMACIE MOUMEN
J. La Palestine Lot Moumen N°1
El Alia - Mohammadia
Tél 05 23 28 44 85