

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-434789

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2127

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJAKIK TAYEB

Date de naissance :

EN 1939

Adresse :

CENTRE DE TELECOMMUNICATION TARGA
NABRAKECH.

Tél. : 0668085524

Total des frais engagés : 299 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10 SEPT 2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète insulino-dépendant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

f

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-434789

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2127

Nom de l'adhérent(e) : BENJAKIK

Total des frais engagés : 299

Date de dépôt : 18/09/19

BELEVE 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 |
|--------------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 10-01-2019 2019 | CS | 200 DH | Docteur Moulay Jaafar EL AMRANI TAOLI ENDOCRINOLOGUE / DIABETOLOGISTE MASSA | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Al Houdra El FEKARI Hamza Dr. En Pharmacie Targa 368 Hay El Béchir Béja - Tel : 050 220 10 22 | 10/09/19 | 99.02 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, 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 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| D | 00000000 | 00000000 | G | |
| | 35533411 | 11433553 | | |
| | B | I | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

Dr. ELAMRANI My Jaâfar

Diabétologue - Endocrinologue

Diabète - Goitre

Cholestérol - Obésité

Échographie

Lauréat de la faculté de médecine de Paris

الدكتور العمراني مولاي جعفر

أخصائي أمراض السكري والغدد الهرمونية

أمراض السكري وأمراض الغدة الدرقية (كواتر)

الكوليستيرون - السمنة

الفحص بالصدى الصوتي

خريج كلية الطب بباريس

Marrakech le :

٢٠ SEPT 2019

W BENJAAKIR Taib

- Novomize 30:16 ui malin
- 99.00 Additiva vital : le 1/15,78 ui soin

Pharmacie Al Hcida
 El FEKARI Hamza
 Dr. En Pharmacie
 Lot: Targa 368 Hay El Hassani
 Marrakech, Tel: 05 24 11 65 66

ENDOCRINOLOGIE / DIABETOLOGUE
 447 Massira I - Marrakech
 Tel: 0625 02 76 77
 Doctor Moulai Jaâfar
 447



المسيرة ١ حرف د رقم 447 الطابق الثاني - مراكش

447 Massira I lettre D 2^{ème} étage - Marrakech

الهاتف : 06 25 02 76 77



MUPRAS
MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'OPTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

10 SEPT 2019

Le 10 SEPT 2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

447/0 Massira 1 - Marrakech
Tél : 0625 02 76 77
ENDOCRINOLOGUE / DIABETOLOGUE
EL AMDI NI TAOUIQ
Docteur Moulay Jaafar

Certifie que Mlle, Mme, M : BEN JAAKIR Taïb

Présente

diabète insulino dépendant

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Novomix
et de longue durée

Dont ci-joint l'ordonnance:

Novomix

(A défaut noter le traitement prescrit).

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

447/0 Massira 1 - Marrakech
Tél : 0625 02 76 77
ENDOCRINOLOGUE / DIABETOLOGUE
EL AMDI NI TAOUIQ
Docteur Moulay Jaafar
10 SEPT 2019

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com