

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.

Diagnostique 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 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° P19-0010444

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610

Société : Royal Air MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA Date de naissance : 23.12.1957

Adresse : HM2 LOTEL WAFANI DEROUA

Tél. : 0663072895

Total des frais engagés : 489,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25.09.2019

Nom et prénom du malade : SEKKAK FOUDA

Age : 59 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : DEROUA

Le : 02.10.2019

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.10.19	134,90
	2-10-19	57,70

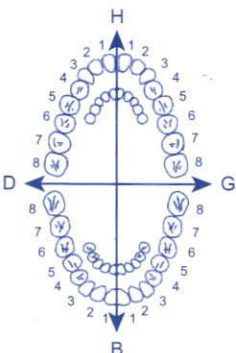
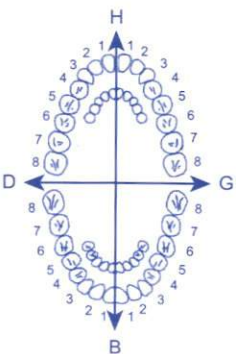
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

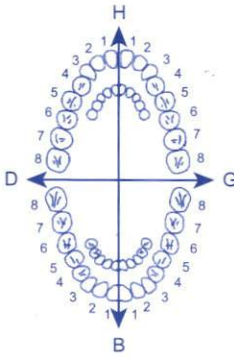
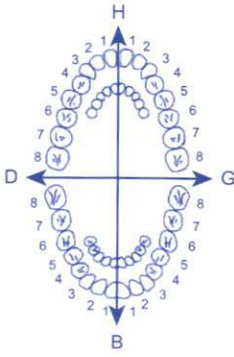
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> H 25533412 00000000 D </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> 21433552 00000000 G </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> 00000000 35533411 B </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> </table>			H 25533412 00000000 D	21433552 00000000 G	00000000 35533411 B	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D	21433552 00000000 G						
	00000000 35533411 B	00000000 11433553						
	(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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
						COEFFICIENT DES TRAVAUX		
							MONTANTS DES SOINS	
							DEBUT D'EXECUTION	
							FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE						
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[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 L'EXECUT

Dr M'hamed BENKIRANE

الدكتور محمد ابن كيران

طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمو بفرنسا
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif - Diplôme de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
Ancien Médecin au CHU de Meaux

ORDONNANCE

Berrechid, le

M^r SEKKAK FOUZA

24,50
Tributino

1 CS 20

33,90
Arginine - Vrayem

120 - 20

52,00
Arix

21,00 - 0 - 1

Migraigue

87, شارع مولاي اسماعيل - الطابق الأول - الرقم 1 - (مقابل مستشفى الرازي) برشيد - الهاتف: 05 22 32 46 95
87, Bd Mly Ismail - 1^{er} Etage - N° 1 (En Face de l'Hôpital ER-RAZI) - Berrechid - Tél. : 05 22 32 46 95

PHARMACIE
244 L
DEM

24,50
NOVOPHARMA
LOT 239
WTAV #21 P.P.V 33.90

15
LOT: 111
PER: AVR 2021
PPV: 52 DH 00

PPV: 21DH50
PER: 05/21
LOT: 11115

21,50

Facture

N° 00054 3121 000096
Le 2-10-19

Client : A2 m

Qté	Désignation	Prix	Total
	Stagical Migralgine	36.20 21.50	
		57,70	

LOT 182717
EXP 12 2021
PPV 36.20

36.20

LOT 12134
PPV 21DH50
PER 10/20

21.50