

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.

Reéducation :

- 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

- Reclamation : 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 Aul, Ben Abdallah - 1^{er} étage Angl. Rue Mohamed Fakh et Rue Amir Ben Abdallah - Quartier du Phosphore
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 20 78 13 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-450888

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0532

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAJJOU Ahmed

Date de naissance :

15/03/1944

Adresse :

Rue Jules Gros Cité Calima bloc 4
Apt 6 CAS 315 CASA

Tél :

0662 88 4383

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur K. EL ALJ
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni Apt 8-Casa
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/10/19

Nom et prénom du malade :

HAJJOU Ahmed

Age: 75 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection neuropsychiatrique

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 : Casa

Le : 02/10/2019

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
02/10/2019	1 c.3. sup		35058h	INP: INP-9104700 Docteur M. EL ALJ NEUROPSYCHIATRE 70 Bd. Zerkouni Apt 8 Casa Tél: 06 4422 47 25 85

Docteur K. EL AZJ
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa
Tél: 0522 72 23 34 / 0522 47 25 85

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية روجي PHARMACIE ROHI ROHI ABDELAAZIZ DOCTEUR EN PHARMACIE 791 Bd de l'Industrie 30000 70605 23 40 16 00	02/10/2019	1325,20 DH

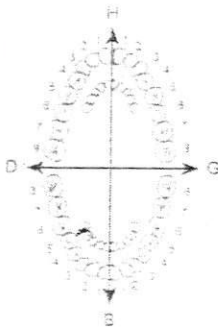
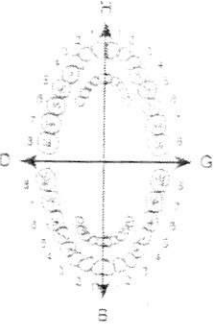
[illegible][illegible]

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 l'OCF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				LESUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>00000410</td> <td>01400300</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000411</td> <td>01400300</td> </tr> </table> </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			D	<table border="1"> <tr> <td>00000410</td> <td>01400300</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000411</td> <td>01400300</td> </tr> </table>	00000410	01400300	00000000	00000000	00000000	00000000	00000411	01400300	G	B			MONTANTS DES SOINS
	H																				
	D	<table border="1"> <tr> <td>00000410</td> <td>01400300</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000411</td> <td>01400300</td> </tr> </table>	00000410	01400300	00000000	00000000	00000000	00000000	00000411	01400300	G										
	00000410	01400300																			
	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	00000411	01400300																			
	B																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, secondaire à la prothèse			DATE DU DEVIS																	
				DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العالج

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفسي

LOT: 022
PER: JAN 2022
PPV: 320 DH 00

LOT: 023
PER: JAN 2022
PPV: 320 DH 00

LOT: 023
PER: JAN 2022
PPV: 320 DH 00

PPV: 227 DH 00

PPV: 65 DH 00

LOT 191133 1
EXP 05 2022
PPV 3570 35.70

LOT 191133 1
EXP 05 2022
PPV 3570 35.70

Casablanca, le

02/10/2019

MONSIEUR AHMED HAJJOU :

960,00 1 - MEDIZAPIN 10 MG. CMP.

1 cmp. le soir.

71,40 2 - ALPRAZ 0,5 MG. CMP. :

293,80 1/2 cmp. au coucher

3 - RANPIROL 1 MG. CMP. :

1 cmp. le matin.

4 - QUETIAPHI 300 MG. CMP. :

1 cmp. au coucher

5 - DEPAKINE CHRONO 500 MG. CMP. :

1 cmp. matin et soir

T = 1325,20 DH

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

RDV Jeudi 02 Janvier

29830

صيدلية روجي
PHARMACIE ROHI
Rohi Abdelaziz DOCTEUR EN PHARMACIE
701 Bd chengui street 10000 Casablanca

Docteur K. EL ALJ
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85