

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-459412

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED - ELMILI RAFIK

Date de naissance : 07/08/39

Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique, Ain Diab - Casablanca -

Tél : 0645315315 Total des frais engagés : 200 Euros

Cadre réservé au Médecin

Service de Médecine Vasculaire

Cachet du médecin : Pr Emmanuel MESSAS
Hôpital Européen Georges Pompidou
20, rue Leblanc - 75908 PARIS cedex 15
01 56 09 37 55 / 01 56 09 30 51

Date de consultation : 11/14/2019 Fax : 01 56 09 30 65

N° FINESS : 75080335447

Nom et prénom du malade : Hamayed & Dini Rafik Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 06/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

Service de Médecine Vasculaire

20 OCT. 2019

[illegible][illegible]

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

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Hôpital européen Georges-Pompidou

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

Pôle Cardio-Vasculaire

Monsieur HAMAYED EL MILI Rafik

Professeur Emmanuel MESSAS

Professeur des Universités

Cardiologue – FACC, FESC

Past Research fellow Harvard Medical School

e-mail : emmanuel.messas@aphp.fr

Secrétariat : 01.56.09.37.55

Fax : 01.56.09.30.65

e-mail : audrey.jammes@aphp.fr

NOTE D'HONORAIRES

Objet :

- Doppler supra aortic trunck Doppler:

Consultation du 11 octobre 2019

Acte DZQM006 : 200 €

TOTAL 200,00 €

Fait à Paris le 11 octobre 2019

Bénéficiaire :

Professeur MESSAS

Professeur Emmanuel MESSAS
HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU
Professeur Emmanuel MESSAS
Chef de Service de Médecine Vasculaire
20, rue Leblanc 75908 PARIS cedex 15
Tél. : 01 56 09 37 55
N° RPPS : 10003744793