

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 Étage 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

Declaration de Maladie

N° W19-486685

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *RAA*

Matricule : *6937* Société : *RAA*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *ESSAKNI, Metafa*

Date de naissance : *23/11/1968*

Adresse : *MUPRAS, Rue 11 22 08 Casablanca*

Tél. : *066/05 22 78 18* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *ACCUSE RECEPTION*

Date de consultation : *13/11/2019*

Nom et prénom du malade : *ESSAKNI Naziheddine* Age : *50*

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

Nature de la maladie : *aff. respiratoire*

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-486685

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).

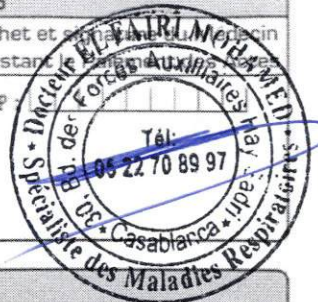
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du médecin attestant |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13.11 | 5 | | 2500fr | |
| 20.11 | 2 | | 1500fr | |
| | 12 | | 4000fr | |



| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE BENOUKHAÏE Casp 229, Avenue Sidi Othman Tel: 05 22 37 13 8 Fax: 0017888290 | 13/11/19 | 27700 |

[illegible][illegible]

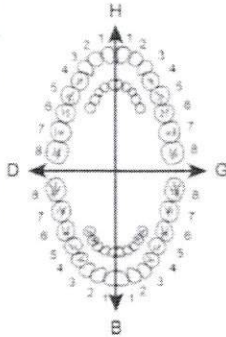
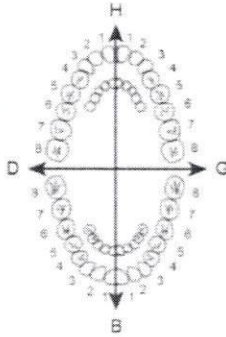
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Dr. Mohamed EL FAJRI

Diplômé de l'Université de Paris

Expert Assermenté Près les Tribunaux
Ex. Médecin Chef du Service de
Pneumophthisiologie de Casablanca

Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire - Tuberculose
Asthme - Allergie Respiratoire

Endoscopie Bronchique - Exploration
Fonctionnelle Respiratoire



الدكتور محمد الفجري

خريج جامعة باريس

خبير محلف لدى المحاكم

سابقا رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسي بالبيضاء

اختصاصي في أمراض الرئة - الجهاز التنفسي

السل - الضيقة - أمراض الحساسيات

الفحص بالمنظار - إستكشاف وظيفة الجهاز التنفسي

Casablanca, le

13/11/2019

في الدار البيضاء،

MR ESSAKNI NAZIHEDDINE

PPV: 116DH00
PER: 04-22
LOT: I 1018

16,00
416,40
40,00
94,60
T=294,00

- Saphir 1g
1 sachet 2 fois par j 8 J

- Mucocil 5 % adulte
1 CS 3 fois par j

- Isolone 20 mg
2 cp matin / j 6

- Erlus 5mg
1 cp par j 1 mois



PHARMACIE IBNOULKHATIB Casa
229, Avenue 10 Mars
Sidi Othman
Tél.: 05 22 37 13 85
ICE: 001788829000



MUCOCIL®
Carbocistéine 5%
Sirop adulte - Flacon de 300 ml
PPV: 46,40 DH
6 118000 191242

LOT 181641
EXP 07 2020
PPV 40.00 DH

LOT
PER
74,60

Docteur Mohamed EL FAIRI
Diplôme de l'Université de Paris
PNEUMOLOGUE
Expert Assermenté près les Tribunaux
30. Bd Des Forces Auxilliaires Hay Sadri
Ben M'sik - Sidi Othmane
CASABLANCA.
Tél : 05.22.70.89.97

Casa le : 13/11/2019

Nom et prénom : ESSAKNI Naziheddine

Radiographie pulmonaire = Z12

Reçu : 150016



Docteur Mohamed EL FAJRI
Diplôme de l'Université de Paris
PNEUMOLOGUE
Expert Assermenté près les Tribunaux
30.Bd Des Forces Auxilliaires Hay Sadri
Ben M'sik - Sidi Othmane
CASABLANCA.
Tél : 05.22.70.89.97

Casa le : 13/11/2019

Compte rendu

Nom et prénom : ESSAKNI Nazj Reddine

Radiographie pulmonaire du : 13/11/2019

Interprétation :

MR

