

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-516662

Choukri

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : ROYAL AIR MAROC RETRAITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AZIZ ALLAL
 Date de naissance : 1939
 Adresse : N° 56 Rue Nesk ELLIZE HAY ARRABHA CASAB
 Tél. : _____ Total des frais engagés : 1210,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2020
 Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age : _____
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : MIA importante
 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 : 18/02/2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-516662

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

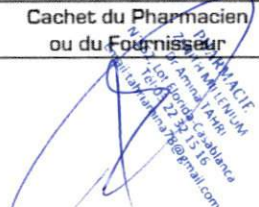
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 293
 Nom de l'adhérent(e) : AZIZ ALLAL
 Total des frais engagés : 1210,60
 Date de dépôt : 19/02/2020

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
22/10/2020	acte	800dh		INP : 091040097

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/20	1110,60

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

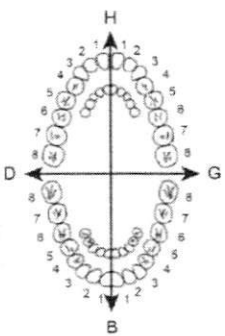
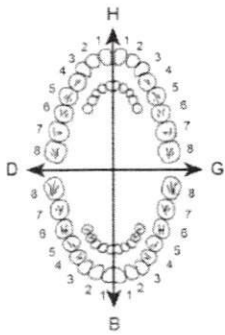
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV:43DH00
PER:07/21
LOT:11655

PPV:43DH00
PER:07/21
LOT:11655

PPV:43DH00
PER:07/21
LOT:11655

ع
ار

PPV:43DH00
PER:07/21
LOT:11655

LOGUE
culté de
bruxelles

دكتور محمد السامي
أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

محاذ بكلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le...

22/01/2020

M^{re} Aziz Nabouka

3x162,60

1) Nebilet 1p / 1p / 1p

3x43,00

2) Anglor 5 1p / 1p / 1p

150,80 x 2

3) Aldarone 75 1p / 1p / 1p

152,90

4) 86,90 200 gas 1p / 1p / 1p

14x10,60

ttt 3 mms

PHARMACIE
Dr. Amine Tachib
24, rue El Moudjahid
#182, lot 180784 Casablanca
Tél: 05 22 48 44 01
Email: tachibam@tchib.com

Dr. Mohamed CHAMI
Cardiologue
Cord. 108 25 48 44 01
Gsm : 06 61 45 08 06
Casa - Tél : 05 22 48 44 01

Pasteur Build 17, Place Charles Nicolle, 2ème ét.
Casablanca - Tél.: 05 22 48 44 01 - Fax.: 05

COOPER PHARMA
LOT: 190945
PER: 01/2021
PPV: 152,90 DH

LOT 180784
EXP 02/2023
PPV 86.90DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

P.P.V: 110DH80
LOT: B22140
EXP: 04.2021

P.P.V: 110DH80

LOT: B22140

EXP: 04.2021

P.P.V: 110DH80

LOT: B22140

EXP: 04.2021

P.P.V: 110DH80

LOT: B22140

EXP: 04.2021

P.P.V: 110DH80

LOT: B22140

EXP: 04.2021

ECG

DR CHAMI

NOM: aziz mbarka

ID :

Sexe :

Age :

Date : 22-1-2020

25.0mm/s 5.0mm/mv

62
955

63
951

62
962

62
967

62
954

61
979

60
986

61
978

60
990

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Filtre Principal: On Filtre ADS: On