

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, parodontologie 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

- 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 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° W19-425141

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23351**

Matricule : **11244** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MOUSSAO Abdelhakim**

Date de naissance : **15-12-64**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : Total des frais engagés : **789,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28 FEB 2020** **83 MARS 2020**

Nom et prénom du malade : **MOUSSAO Abdelhakim** Age :

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

Nature de la maladie : **HTA**

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 :
Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28 / 2 / 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
28/02/2020			130,00	INP : 1014 26151349

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/20	659,80

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Docteur Abdelali ATTAF

MEDECINE GENERALE

♦MEDECINE DU TRAVAIL♦

♦ECHOGRAPHIE♦

♦HOMEOPATHIE♦

468, Bd. Aba Chouaïb Doukkali
Av. "A" - Hay Farah - Casablanca
Tél.: 0522 81 13 32

الدكتور عبدالعالي عطا ف

الطب العام

اختصاصي في طب الشغل
الفحص بالصدى

468، شارع أبا شعيب الدكالي
محج "أ" حي الفرح - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 81 13 32

LOT : M0328
PER : 07/2021
PPV : 190.00 DH

Casablanca, le:

الدار البيضاء في:

28 FEB 2020

LOT : 39M164
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V : 40DH80
6 118006 011040

LOT : 39M164
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V : 40DH80
6 118006 011040

PPV: 98DH00
PER: 06-22
LOT: I 1542

LOT: 191121
EXP: 01/22
PPV: 44DH90

Voie rectale

g8,000 ypa
- Zarnob
44.90
- Remo 20
T. 659,90
Dr. Abdelali ATTAF
Medicine Générale
468, Bd. Aba Chouaïb Doukkali Hay Farah
Tél: 0522 81 13 32
Pharmacie DAR AL IDAA
Dr. El Ghazal Zineb
Hay El Osta
Tél: 0522 81 13 32

☒ valable 3 mois

Le 28/02/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

M. A. H. ASABH

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mme S. ASABH

Présente

IATA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Toutefois pour les
membres de la famille
selon le 2ème article

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)