

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

- 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horto Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-431658

Carrière

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | 24210 | |
| Matricule : 2509 | | Société : R.A.M | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | CTHAN MI AGGA |
| Nom & Prénom : CTHAN MI AGGA | | Date de naissance : 07/01/57 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 066 109 56 13 | | Total des frais engagés : 144.80 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Médecin Colonel Youssef SEKKACH Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Clinique de Médecine Interne Hôpital Rabat 17/12/2019 111 190 635 | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : Age: | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant HAMV - Rabat 17/12/2019 | | | |
| Nature de la maladie : Peut d'utace | | | |
| 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 : 19/03/2020

Le : 13/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

| | |
|--|---------------------------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | |
| N° W19-431658 | |
| 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 : 2509 | Nom de l'adhérent(e) : CTHAN MI |
| Total des frais engagés : 144.80 | Date de dépôt : |

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/01/2017 | Greffier | 1 | 15000 | INP : Médecin Colonel Youssouf SENKA Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne A- HMMMV - Rabat - INPE : 101 190 635 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| N°1254, HADDIHAR SIDDIHAR Télé : 05 37 62 1074 - Tema DATE : 10/05/2020 | 13/05/2020 | # 174,80 F |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

PER : 11/11/2021
LOT : 8MA075

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00

6 118000 060567

اختصاصي في الامراض الباطنية



Docteur Youssef
Professeur et
Supérieur à la
et de F
Spécialiste en M.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain seba Casablanca
0,5 ml
P.P.V : 72,80 DH

S 118001 0307-8

Rabat le : 18/11/2021
Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne - A
HMMV - Rabat - INPE : 101 190 635

102,00

1-

Birodogyl

1 - 15-00

72,80

2-

Vidi Giv.

dat JS

1 dose

PHARMACIE IZDIHAR
Dr. HADDAD EL HADDAD
N°152, Rue El Idrissi, El Iddihar Sidi Abdellah
Tél : 05 37 62 67 39
INPE : 102075892

Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne - A
HMMV - Rabat - INPE : 101 190 635

X 174,80