

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

10288 Déclaration de Maladie

N° W19-476608

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10288 Société : 24906

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KEDDAR AZIZ

Date de naissance : 04/04/1974

Adresse : 4014 HAJ FATEH C de l'ETA

Tél. : 0803591012 Total des frais engagés : 53580

Cadre réservé au Médecin : DR. CHERIF EL GANOUNI A

Cachet du médecin : Médecine Générale

Boulevard Oued Oum Rabie Rue 78
N°2 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 90 18 48

Date de consultation : 10/2/2020

Nom et prénom du malade : HADDAJ Meriem Age :

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

Nature de la maladie : Toux

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'at 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-476608

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
10/11/2020	(2000	INP : 190170160 091041061

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/12/20	(2000	INP : 190170160 091041061

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAMZA CASABLANCA</p> <p>0522 93 10 28</p>	335.80

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA CASABLANCA 0522 93 10 28 0522 93 10 28	10/02/20	335.80

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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

* 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 d

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
<p>The diagram shows a frontal view of the upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 16 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'D' at the left. The lower arch is labeled 'B' at the bottom and 'G' at the right.</p>				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										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>										
	<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>										
	<input type="text"/>												
	<input type="text"/>												
<input type="text"/>													
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/>													
<input type="text"/>													
<input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXPL

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXPL

Dr.

LOT: 120436
BLVD: 12/2022
49.00 DH

(DH):

V.:

37.00

du Nil

Tel: 05.22.90.19.46

E-mail : aganouni@hotmail.com

agano

Casablanca, le

10/10/20

HODAJE Medicin

22.00 - Nifluril gr

40.00 - Biomylane gr

45.00 - Zentel gr

37.00 - Alcorz

49.00 - Docivore gr

96.00 - Propolis resch gr

335.80

Dr. CHERIF EL

Medicine
Boulevard Oued Oulfa
N°2 Oulfa - Casablanca
Tél: 05.22.90.19.46

Prière de présenter l'ordonnance à la prochaine

NIFLURIL

ENFANT

PPV 22DH00

EXP 09/2022
LOT 94083 2

بيوميلاز

200 U.CEIP/ml

40.00

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45.90 DH
ID: 623498
118001 141357

LOT SP1172173

Date de péremption :

11/2020

PPC : 96.00 DH