

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.

Diagnostique 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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040559

ND: 25405

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00608 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAEL Mohamed

Date de naissance : 1949

Adresse : Hay Inara I Rue 11 n°5 Ain Chock Casablanca

Tél. : 06 61 17 90 81 Total des frais engagés : 1254,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. JABRI DEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Rés. Safaa 1005 - 3ème Etage
Bd. El Qods Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 66 06
TINPE : 09 81 50 00 2

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/2020

Nom et prénom du malade : Act telee RAB

Age : 70 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : Casablanca

Le : 02/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040559

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 :

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
26/02/2020			30000	
02/03/2020			60000	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

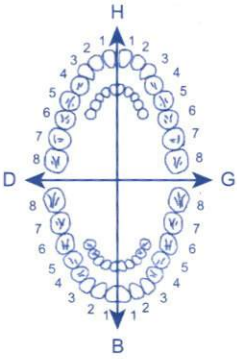
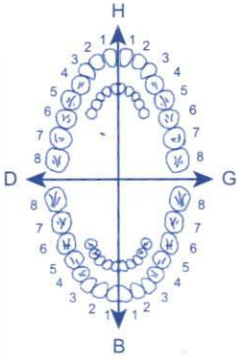
[illegible]

* 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'O

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div>D ————— G</div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
					MONTANTS DES SOINS								
					DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Des Cartes

02 Mars 2020

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حص بالصدي

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

PPV: 47.40 DH

PPV: 47.40 DH

PPV: 47.40 DH

PPV: 47.40 DH

PPV: 47.40 DH

Casablanca, le في

Mme AIT TALEB RKIA

1/ GLUCOVANCE 500 MG/ 5 MG 30 CP

1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

2/ CHOLESTIN 20 B28

1 co Soir pendant 3 mois

3/ TAREG 80 MG 28 CP

1 comprimé Matin pendant 3 mois

LOT: N04
PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH

PER: 03-2022
PPU: 91,00 DH



Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Rés. Safaa Imm. 405
Bd El Qods Attn Choe
Tél: 05 22 50 66 06
INPE: 05 22 50 66 06



TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131.50 DH

PPV: 131.50 DH

28 comprimés pelliculés

PPV: 131.50 DH

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com