

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 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° W19-508101

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01333 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAKIM

Date de naissance : 16/04/1959

Adresse : 103 RUE AU ABDERRAZAK - APT 8

20100 - CASABLANCA

Tél. : 0661973492 Total des frais engagés : 6308,30 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Anmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA 2549

Date de consultation : 10/06/2020

Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDELHAKIM

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

Nature de la maladie : Infarctus

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 02/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-508101

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 : 01333

Nom de l'adhérent(e) : MEGZARI

Total des frais engagés : 6308,30

Date de dépôt : 02/06/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/11/2014 | | | | INP : 0940260911 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie DIAMANT VERMOREL BY 100 JOUBA T: 05 22 69 78 37 Tél : 05 22 69 78 37 | 10/11/2014 | 6308.30 / 100 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 :

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 : <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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 10/04/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI



862,0093

2586,00

1) UPERIO 200 MG

1 le matin et le soir, pendant 3 mois

2) CARDENSIEL 5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3) INSPRA 50 MG

1 le matin, pendant 3 mois

4) ESAC 20

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

5) TAHOR 20

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

6) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

7) KARDEGIC 75

1 à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS
Déclaré des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA 20 38

UPERIO X3

INSPIRA 50MG 30 CPS

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 862 DH

INSPIRA 50MG 30 CPS
P.P.V : 396DH00

Laboratoires
Maphar S.A.

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
ZI Zenata Ain sebaa Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V : 563,00 DH



6 118001 031733



6 118001 171705



6 118001 185023

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 862 DH



6 118001 031733

INSPIRA 50MG 30 CPS
P.P.V : 396DH00

Laboratoires
Maphar S.A.



6 118001 171705

ticals LP

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
ZI Zenata Ain sebaa Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V : 563,00 DH



6 118001 185023

UPERIO® 200 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 56.
PPV : 862 DH



6 118001 031733

INSPIRA 50MG 30 CPS
P.P.V : 396DH00

Laboratoires
Maphar S.A.



6 118001 171705



118001 100873



6 118001 100873

CARDENSIEL X3

KARDEGIC

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847



6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH



118001 100873
Cardensiel® 5 mg
més pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

Laboratoires
Maphar S.A.



6 118000 250807

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40

Laboratoires
Maphar S.A.



6 118000 250807



6 118001 100873



6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH

ESAC[®] 20 mg
28 gélules PROMOPHARM s.a.



6 118000 241898

LOT 19006
 EXP 09/2011
 P.V. 140150

144,50

ESAC[®] 20 mg
28 gélules PROMOPHARM s.a.



6 118000 241898

ESAC[®] 20 mg
28 gélules PROMOPHARM s.a.



6 118000 241898

LOT 19006
 EXP 09/2011
 P.V. 140150

144,50

LOT 19006
 EXP 09/2011
 P.V. 140150

144,50

PHARMACIE DU MONT VERT
 17770
 144,50
 Pharmacie du Mont Vert - Combrailles
 Tél: 05 47 69 78 37