

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.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0040951

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUDANE Mohamed
Date de naissance : 27-2-1955
Adresse : Res. EL BOUKRAË 8 Rue BOUL N. MA
CASA BLANCA Maroc
Tél. : 0661 43 45 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraï - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 021584533000041

Date de consultation : 12 / 05 / 2020
Nom et prénom du malade : Mohamed Toudane Age: 65 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Pulmonaire
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 : CASA BLANCA Le : 12 / 5 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
12/05/2025		1	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PSAD MAROC sarl	19/05/2022					1500,00 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Né le : 27/02/1955



CJ020E09205017

M. JOUDANE MOHAMED

Né le : 27/02/1955



CJ020E09205017

M. JOUDANE MOHAMED

Casablanca, le

12/05/2020

M. Joudane Mohamed

Appareil de Neuhäuser

Contacter

Dr. Achid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukras - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 00158433000041

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 15 / 05 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2857
e-mail : joudane.med@gmail.com Phones : 0661434528
Nom et Prénom de l'adhérent : Joudane Roham
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr El Mehdi Radid
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Joudane Roham.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

un appareil de ventilation en cas d'une BPCO
sévère avec exacerbations fréquentes.

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

BPCO

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

M. JOUDANE Mohammed
8 Rue goulmime Casablanca

06 61 58 72 66

Date: 19/05/2020

Facture N°20/NB1905/198

Code Client : 2182

Code	Désignation	U	Qt	PU TTC	Total TTC	TVA%
-	Beurer Nébuliseur électrique Réf: IH-21	U	1.00	1 500.00	1 500.00	20.00

Mode de règlement : Espèce

Conditions de paiement : (vide)

Echéance de paiement : 19/05/2020

Signature Patient :

Nom et prénom

PSAD MAROC sarl.
2ème Etage N°7 Imb Youssra Center
Rond Point d'Europe Casablanca
ICE: 002191689000023
Tel : 0522 22 62 13 / 0661 69 66 49

PAYÉ

le 19/05/2020

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cinq cents MAD

Total H.T. :	1 250.00
Exo. 0.00 HT	0.00
20.00 % 1 250.00 HT	250.00
Total TTC :	1 500.00
Arrêtée la	1 500.00

M. JOUDANE Mohammed
8 Rue goulmime Casablanca

06 61 58 72 66

Date: 12/05/2020

Bon de livraison

N° 2020-219

Code Client : 2182

Code	Désignation	U	Qt	PU TTC	Total TTC	TVA%
-	Beurer Nébuliseur électrique Réf: IH-21	U	1.00	1 500.00	1 500.00	20.00

Signature Patient :

Nom et prénom

PSAD MAROC sarl.
2ème Etage N°7 Imb Youssra Center
Rond Point d'Europe - Casablanca
ICE: 002191689000023
Tel: 0522 22 62 13/ 0661 69 66 49

Total H.T. :	1 250.00
Exo. 20.00 %	0.00 HT 1 250.00 HT
	0.00 250.00
Total TTC :	1 500.00
Arrêtée la	1 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cinq cents MAD