

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.



Declaration de Maladie

N° W19-512183

ND: 29959

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.260 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARCHACHE ABDELKHA

Date de naissance : 02/05/1960

Adresse : RAM. MEKUS A. HARCHACHE 3 Royal Air Maroc

Tél. : 0662 4684 67 Total des frais engagés : 300,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Mekus Le : 25/10/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

06 59 54 26 94 [Signature]

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

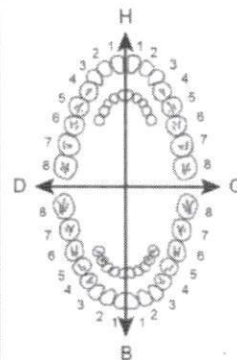
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/03/20	300, DH	Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. ALI HADJER KHAN 6, Rue Pasteur, App. 3, 1 ^{er} Etage (V.N) - MEKNES Tél: 05 35 51 25 31 - Fax: 05 35 51 43 06

AUXILIAIRES MEDICAUX

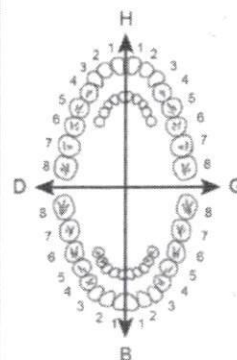
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE



Laboratoire d'Analyses Médicales " Nejjar "

Dr NEJJAR M^{ed} Khalid

MEDECIN - BIOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Paris VI

C.E.S D'HEMATOLOGIE - C.E.S BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE CLINIQUE
C.E.S IMMUNOLOGIE GENERALE - C.E.S BACTERIOLOGIE VIROLOGIE SYSTEMATIQUE
HEMOSTASE - TOXICOLOGIE - HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE



Prescripteur:

Docteur HARCHA NOURDDINE

Prélèvement du: 25/03/2020

Identification

MR HARCHACHE ABDELLAH

Référence 18D765 du 25/03/2020 à 11:05

Résultats édités le 25/03/2020

-- BILAN THYROIDIEN --

Page: 1/1

TSH ULTRASENSIBLE

Technique : (Chimiluminescence ,ELECSYS 2010)

Résultat: 4,810 μ UI/ml

0,25 à 5 μ UI/ml

Antécédent du 07/10/19 - 12:46 : 5,740 μ UI/ml

Total de pages: 1

مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. NEJJAR Med. Khalid
6, Rue Pasteur - MEKNES
Tél. 05.35.51.25.31 - Fax 05.35.51.43.00



LABORATOIRE NEJJAR D'ANALYSES MEDICALES

6, Rue Pasteur. Appt 3. 1er Etage (V.N). MEKNES

Tél: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06

R.C: 30996 -- CNSS: 2223262 -- PATENTE: 17109226 -- IF: 309591 -- ICE: 001648398000055

FACTURE: 56683/2020

MEKNES le 25/03/2020
Nom et prénom MR HARCHACHE ABDELLAH
Référence 18D765
Docteur HARCHA NOURDDINE

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TSH ULTRASENSIBLE	250
Total du (B)	B 250
Prélèvement	0,00 DH
Montant en DH	300,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS CENT DIRHAMS

~~Laboratoire d'Analyses Médicales~~
~~Dr. NEJJAR Med. Ingilid~~
~~6, Rue Pasteur Appt 3. 1er Etage~~
~~(V.N) - MEKNES~~
~~Tel: 05 35 51 25 31 - Fax: 05 35 51 43 06~~