

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-467716

ND: 30898

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DOUTABAA CHAKIR
 Date de naissance : 30-04-56
 Adresse : LOT N°151 IMM 9 APP 4 MARRAKECH
 Tél. : 0664170568 Total des frais engagés : 250 + 1803 mda Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/4/2020
 Nom et prénom du malade : DOUTABAA CHAKIR Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 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 : MARRAKECH Le : 30/04/1956
 Signature de l'adhérent(e) : [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
20/04/2020	C1 + E1		250,00 1211	INF 074041039 Dr. CHERAI Moha Cardiologue Diplômé de la Faculté d'A

Dr. CHERAI Mohamed
Cardiologue
Diplômé de la Faculté d'Amiens
55 Bd Zerkoune Marrakech
Tél : 05 24 42 23 25

Tél : 05 24 30 82 94

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QUODS AV. ALLAL EL FASSI MARRAKECH TEL 05 24 30 82 94	30/04/2005	1803,00

[illegible][illegible]

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.D.F.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 															
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Cabinet de Consultations et d'Explorations Cardiaques

Docteur CHERAI Mohamed

Cardiologue

الدكتور الشرعي محمد

اختصاصي في أمراض القلب والشراب

والتحريك الآلي للقلب

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات أميان (فرنسا)

(France)

Cardiaque

d'Amiens

kech, le

مراكش، في

Don tabagie Zakhib

PHARMACIE AL QUODS
AV. ALLAL EL FASSI
MARRAKECH
TEL : 05 24 30 22 94

180,30
x 10

1/10

180,30

Dr. Cheraï Mohamed
Diplôme de la Faculté d'Amiens
55 Bd Zerkouni Marrakech
Tél : 05 24 43 23 25

6 Min

180,30



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

1130179-A18-MA

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

12102

kech, le

مراكش، في

Don tabagie Zakhib

PHARMACIE AL QUODS
AV. ALLAL EL FASSI
MARRAKECH
TEL : 05 24 30 22 94

180,30
x 10

1/10

180,30

Dr. Cheraï Mohamed
Diplôme de la Faculté d'Amiens
55 Bd Zerkouni Marrakech
Tél : 05 24 43 23 25

6 Min

180,30



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

1130179-A18-MA

6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

09259



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

07679



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

1130179-A18-MA



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

12949



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

1130179



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

NOVARTIS
PPV : 180,30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180,30 DH

93

NOVARTIS
PPV : 180,30 DH

55, شارع الزرقطوني مدخل س. الطابق الأول على اليسار (فوق تأمينات)
1ère étage à Gauche (Au dessus des Assurances Belkahia) Guéliz - Marrakech
(Cabinet) : 05 24 43 23 25 - GSM : 06 61 24 05 92