

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- 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° D. 34893 N° P19- 059226

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BACHAOUNI RACHID

Date de naissance : 16/04/1976

Adresse : Res. Andalouss 3, N°40 3ème étage

Tél. : 06-58-91-31-86 Total des frais engagés : Dhs

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'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 : 27/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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	Coefficient des																
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W16-089119	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W16-089119

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction :	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>SABER HAMANE</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>22/07/2020</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>echo ostéoch...</u>	<u>150,00</u>	<u>140,50</u>	
PHARMACIE	Date <u>22/07/2020</u>		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	CACHET
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	



مركز الدفعات

Casablanca, le 22/07/2020

22/07/20 17:50.19

9900869372

98693701

PHCIE AL KORAMAA
Casablanca

A0000000032610

APP : VISA ELECTRON
EL BJAOUNI/RACHID.MR

xxxxxxxxxxxx0046
05/21 CARTE NATIONALE
4B00DD89D4F2F083
626-0-9999-1-44

MONTANT: 140,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION : 008206
STAN : 000771

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

SARIR Hanane

71,00

Yoflur -



2m

69,50

Natrenov



Egel b wth

Dr. AL KORAMAA
Dr. KOUNKOUR Nadia
Andalous IV Angle Rue Margaux
et Carbone - CASABLANCA
Tel: 022.83.59.50

140,50

71,00

6 118000 041504



الدكتورة عراقى رشاد

- دبلوم في أمراض النساء من جامعة ستراسبورغ
- دبلوم الكشف بالأمواج ما فوق الصوتية من جامعة مونبولي
- دبلوم طب الشغل من جامعة رين
- عقم الزوجين
- الطب العام

الهاتف : 05 22 60 14 07
100, Av. E - Bloc Koudia I - I

PPC : 69.50 DH
Lot : 18DT3

A consommer avant le : 10/2021

maternov
Gélules N.V

DOCTEUR IRAQUI RACHAD

Echographie Générale

100, Av.E Bloc Koudia I

Hay Mohammadi

Casablanca

Tél : 0522-60-14-07

ICE : 002068040000097

Casablanca le : 22-07-20

NOTE D HONORRAIRE

Pour Mme : SABER HANANE

Reçu la somme de :

130,00 dh (cent trente dirhams) pour une consultation

200 ,00 dh (trois cent dirhams) pour une
Echographie endocavitaire

D. IRAQUI RACHAD
GYNECOLOGIE MEDICALE
ECHOGRAPHIE GENERALE
MEDECINE GENERALE
100 AV. E-BLOC Koudia I
H. M. CASA - TEL. 022 60 14 07

DOCTEUR IRAQUI RACHAD

Echographie Générale
100, Av.E Bloc Koudia I
Hay Mohammadi
Casablanca
Tél : 0522-60-14-07

Casablanca le : 22-07-20

Echographie endocavitaire

Nom, Prénom : SABER HANANE

Motif de l'échographie :

aménorrhée

Compte Rendu

Vessie : vide

Utérus :

Antéversé, globuleux, de contours réguliers, de structure homogène,
sac non vu.

Annexes :

Kyste de l'ovaire droit de 30 mm de diamètre.

Cul de sac de Douglas :

Absence d'épanchement.

DOCTEUR IRAQUI RACHAD
GYNECOLOGIE GENERALE
ECHOGRAPHIE GENERALE
MEDICINE GENERALE
100 AV. E BLOC Koudia I
22-07-20

