

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

- 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.

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° W19-537702

ND: 35996

☒ Maladie	☐ Dentaire	☐ Optique	☐ Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06272	Société : CM		
☒ Actif	☐ Pensionné(e)	☐ Autre :	
Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN			
Date de naissance : 15/06/1959 à CASABLANCA			
Adresse : Avenue Lyautey 1 apt 4			
Tél. : 05 80 07 86		Total des frais engagés : CFA 16 975,00	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : BOUTIBA HASSAN	Age : 61 ans
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 : 26/06/2020

Le : 26/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : 7/3/20

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CAMP GUEZO	26/06/20	16935 FCFA
08 77 795		
TEL : 21 31 35 55		
FAX : 21 31 02 55		

[illegible]

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

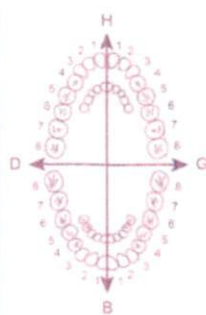
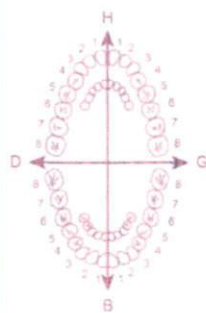
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OOF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table border="1"> <tr> <td>05633412</td> <td>21433252</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>05633411</td> <td>11433253</td> </tr> </table> B G			05633412	21433252	0000000	0000000	0000000	0000000	05633411	11433253	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	05633412	21433252										
	0000000	0000000										
	0000000	0000000										
	05633411	11433253										
	[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

Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant
Video Electroencephalogramme "EEG"
Electroneuromyogramme "EMG"



المختبر الرأجي لمياء
إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca le

28/07/2017
HARAN
BOUTIBA

CampGuezoTel:2131355.
MODOPAR 125MG B/60 GEL.



C13 2R

7000 F



7000

CampGuezoTel:2131355.
TRIVASTA 50MG B/30 G.



C20 00

8125 F

CampGuezoTel:2131355
ARTANE 5MG 20 COMP



BDP
00

1810 F

8125

1810

T=18935 F

119. شارع عبد المومن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار
d Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1^{er} étage N° 11 - Casablanca
الهاتف : 05 22 49 25 55
Tél.: 05 22 49 25 55

Pharmacie CAMP GUEZO

EACHANHOVIN KINKING Tel 21 31 35 55 08 BP795

IBJ 3200700015618 COTONOU

Ticket: **IM727591**

26-06-2020 18:06

NBRE PRODUITS = 3

LAKOUSSAN DESIR / Calsière: D'OLIVERA DORYS

1	(A) MODOPAR 125MG	7000 * 1	7000
2	(A) TRIVASTAL 50MG LP	8125 * 1	8125
3	(A) ARTANE 5MG 20	1810 * 1	1810

Groupe Tax	Montant HT	Montant TVA
A-E * 0	16935	
B-Tax	0	0

Mnt TVA : 0

Total à payer: 16 935,00

Mode paiement **Espèces 16935**

Mode paiement 2:

ESP DONNE: 20000 Reliquats: 3065

CODE METEF DGI

S2QU-PQXG-HZ35-CCBA-MUWC-CTBS

N°MT: ED04000250
Compteurs: **67651/68600 FV**
heure: 26/06/2020 18 08 47



LES PRODUITS ACHETES NE SONT NI REPRIS NI ECHANGES