

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

- 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° W19-519696

37592

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HALMANY Abdelmajid
 Date de naissance : 09.01.1930
 Adresse : Coop/ALICHAFT II n°21 S. Maarouf
 Tél. : 0522.32.19.96
 Total des frais engagés : 467,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/07/2020
 Nom et prénom du malade : Zitoune Khabira Age : 88
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2 + hypertension
 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 : 13/08/20
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/07/2020 | C | 1 | 200,00 | INP : 0811199116 |

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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

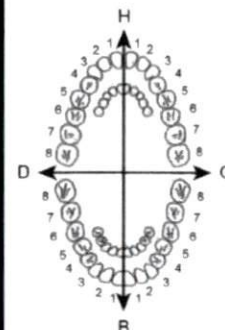
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : 0000



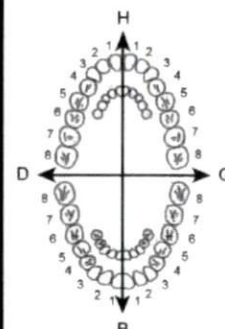
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 | | |

[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'EXECUTION

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide
60 comprimés à libération modifiée



6 118000 100089

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide
60 comprimés à libération modifiée



6 118000 100089

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide
60 comprimés à libération modifiée



6 118000 100089

Dr. BENOMAR Abdeladim

Docteur en Médecine
Diabète- Maladies du Cholestérol
Nutrition- Obésité-Régimes
Echographie-Omnipraticien
Membre de la Société Francophone
Du Diabète (SFD)

الدكتور بنعمر عبد العظيم
داء السكري - أمراض الكولسترول - السمنة - الحمية
التشخيص والحماية من قدم داء السكري
آلة تشخيص مكونات الجسم
التشخيص بالصدى
عضو في الجمعية الفرنكوفونية
لداء السكري

Casablanca, le : 24/07/2020 في الدار البيضاء

89.043 ~~Mme Zitouna Kobine~~
~~Diabète non sucré~~



26/07/2020 2cp/j le sucre

l'insuline de 3 unités



BENOMAR Abdeladim
Diabète - Nutrition - Obésité
Maladies du cholestérol - Triglycérides
Pied Diabétique
N°1633, Bd. Mohamed VI, Casablanca
Tél : 0522 59 72 66 - GSM : 0522 59 72 66

☒ valable 3 mois

Le 24/07/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(A 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

DR. BENOMAR Abdeladim
Diabète Nutrition Obésité
Maladies du cholestérol Triglycérides
Pied Diabétique
N°1633, Bd. Mohamed VI Casablanca
Tél : 0522 46 70 14