

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- 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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

39300

Déclaration de Maladie : N° P19-0001070

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2945 Société : /

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : Jamil El Hachimi Date de naissance : / /

Adresse : Hy. M. Pe. Zechi 9 - Imm 2. N°38 B

Tél. : 05 22 20 82 16 Total des frais engagés : 482,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : Glaouine Chirque Age : 1963

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

Nature de la maladie : JAMIL EL HACHIMI

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 : Cas Le : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : Jamil

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
08/09/20		2	1500,40	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/20	332,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

وصفة
ORDONNANCE



Le 08/09/2020

زولامول
Xolamol
Lot: 12 09 1
Fab: 02 20
Exp: 02 22
P.P.V : 110 DH 70

زولامول
Xolamol
Lot: W N 0062
Fab: 12 19
Exp: 12 21
P.P.V : 110 DH 70

زولامول
Xolamol
Lot: 12 00 4
Fab: 12 19
Exp: 12 21
P.P.V : 110 DH 70

Sanil
EC Nostala

1 Xolamol
Dilthiazem

PHARMACIE LA PLACE
Hay Reja
Sidi Moussa
Tél: 05 22 86 16 59
ICE: 001633163000023

33216 x 4 pieces
Noceprol
Dilthiazem

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1089441		N° SEJOUR : 200054633		FACTURE N° 2002013315		DATE D'ENTREE : 08/09/2020		DATE DE SORTIE : 08/09/2020			
ASSURE :						DESTINATAIRE : JAMIL,El Mostafa					
MALADE : JAMIL,El Mostafa				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE											

<i>Intervenant :</i>	10524 DR GUEDIRA BOUCHRA (OPHTALMOLOGUE)	<i>TOTAUX :</i>	150.00					150.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>								
CENT CINQUANTE DHS								
			<i>PLAFOND PC :</i>				<i>ACOMPTE:</i>	
			<i>REMISE :</i>		0.00	<i>REGLE :</i>		150.00
			<i>RESTE DU:</i>		0.00			
<i>DATE FACTURE :</i> 08/09/2020			<i>EDITEE LE :</i> 08/09/2020			<i>PAR:</i> AZEDIN		
<i>VISA</i>			<i>ACCIDENT DE TRAVAIL</i>					
			<i>N° DE POLICE :</i>		<i>DATE AT :</i>			
			<i>Règlement à effectuer à l'ordre de</i> POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
			<i>BANQUE :</i> BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
			<i>N° compte bancaire :</i> 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					