

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

- 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 Alai Ben Abdellah - 1^{er} étage Angor Rur Mohamed Lakr et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 41 45 (L.G) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-584522

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 4588

Société : RA7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BADOU Abdelkhalek

Date de naissance :

Adresse :

63 lot des Jardins Targa. 40/20

Marakech

Tél : 0696872525

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, fournir 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 : Marakech

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Dr. Imane JABRI
Urgence Oncologiques Soins Palliatifs
Clinique Spécialisée Ménara
Tél 05 24 44 71 71

MINISTRE DE LA SANTE
Ministère de la Santé
N° 19 Quartier de l'Horloge
Tél : 05 24 422 671 / 05 24 422 672
Fax : 05 24 422 673
Reception

19 NOV 2020

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
01/10/20	C18			

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	02/10/20

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie
Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur
Centre de Médecine Nucléaire et Pet Scanner - Gamma Caméra
Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

INPE : 070061379

المصحة المختصة المنارة

الأنكولوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم
وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية
مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني
مركز الأشعة



070061379

Marrakech, le 01/10/2020

Mme Azzouzi Hinde



369, 86

Aromasine 25mg

5814, 00

1 cp / j X 6 mois

Dr. Imane JABRI
Urgence Oncologiques Soins Palliatifs
Clinique Spécialisée Menara
Tél 05 24 44 71 74

PHARMACIE
« PHARMACIE TULIP »
Propriété : PHARMACIE TULIP
Lot: JABRI 2 - Marrakech

Clinique Spécialisée MENARA
Oncologie Médicale - Radiothérapie-Radiologie
Al Bek, N° 19 Quartier de L'Hôpital
Tél : 0524 422 671 / INPE : 070061379
IF : 40434664 - TP : 45326432
Réception

Pfizer آروماسين

ايكسمستان 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسين

ايكسمستان 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسين

ايكسمستان 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسين

ايكسمستان 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسين

ايكسمستان 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer

آروماسین

ایکسمستان 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.