

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 spins 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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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

Déclaration de Maladie

N° W19-551831

483 06



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

13216

Société

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BELKA HAMZA

20 NOV. 2020

Date de naissance :

Né(e) à

Adresse :

0665910091

Total des frais engagés :

#543, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/10/2020

Nom et prénom du malade :

BECKA HAMZA

Age :

IND: 91080028

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFF digeste

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

23 NOV. 2020

ACCUEIL



RELEVE 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
20/10/2020	c3	300 DH	INP : INP: 91 08 00 28 Tél: 0522 34 61 01	Dr. HALMI Abdessamad Fille et de l'Appelation Malade 203 10 0522 34 61 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HALMI Abdessamad Pharmacie des Familles 229, Bd. Chéikh El M. P. Hay Hassani Bécharia - T. 2023	20/10/20	243, 90 DAHS INR: 001858040000059

ANALYSES - RADIGRAPHIES

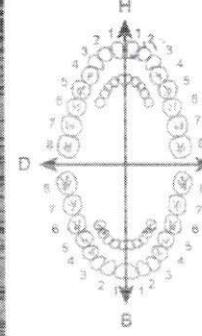
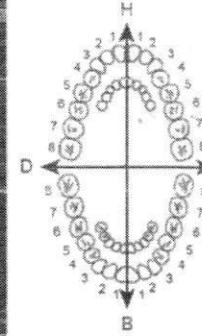
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

 G.O.F. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
G	00000000	35533411											
B	11433553												
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

صيدلية الأسر
Pharmacie des Familles
Dr. HALMI Abdessamad
229 Bd. Chetchaoui Bloc F Hay Hassan
Berechid - Tel 022.58.23

casablanca le, 20/10/2020

Belka Hamza

MEDIVEINE

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

S.V.

LIXIFOR

1 Gélule le matin , pendant 20 jours

S.V.

METEOSPASMYL

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

S.V.

MORIDIL

1 Sup par jour , pendant 10 jours

S.V.

DYCINONE

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

S.V.

2439 DH

LOT 201256
EXP 05/2023
P.P.V. 60.00

X1001 0224 517MA

LOT PER

Prix 89.50

3 700221 339503

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. :40.40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

MORIDIL®
Suppositoires - Boîte de 12
P.P.V.: 17,30 Dh

6 118000 191681

DICYNONE 250 MG B20
AMM N°: 59 DMP/21/NTT
6 118000 010418

Professeur DRSS JAMIL
Maladies du Foie et l'Appareil Digestif
201, Bd d'anfa Casablanca
Tél: 05 22 94 62 52 / 05 22 94 61 61

36,70