

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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

CS : 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° P19- 062190

ND: 52907

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1010 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : H. A. MDI Abdelhameed

Date de naissance :

Adresse : Quartier Kover Rue 8 NG

Tél. : 0646112562 Total des frais engagés : 20000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : H. A. MDI Abdelhameed

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : CS Le : 21 / 12 / 2020

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
15/01/2020			101.70	CHARISSE PANGLOSS Dentiste - 1111111111 Pot, Clinique CNSS/Les Gnaillots

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
DR. KADRI MED Tel.: 0522 52 29 61	09/11/20	B60 + R	100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

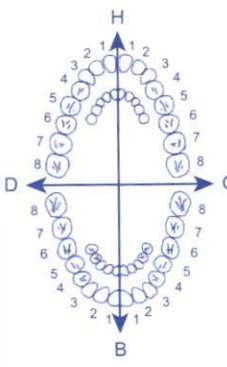
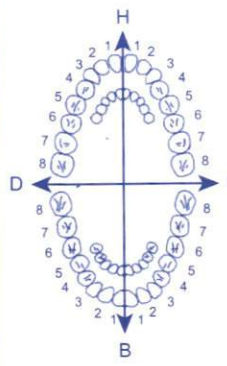
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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'EXECUT

Casablanca, le 15.10.2020

LABORATOIRE PANCRAMIQUE
Dr. Karam Mohamed
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

cre ut

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble
Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13



(الدكتور (لناوري) محمدر
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Facture N° : 14131
Casablanca le 9 novembre 2020
A l'attention de : **Mme MIFTAH MALIKA**

Analyses :

Créatinine sanguine -----	B	30
Urée -----	B	30

Prélèvements :


Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

Total dossier : **100,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent Dirhams

LABORATOIRE PANORAMIQUE
Dr. KADIRI Mohamed
Tél: 05 22 52 29 61

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
NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1166035		N° SEJOUR : 200056904		FACTURE N° 2005034475		DATE D'ENTREE : 15/09/2020		DATE DE SORTIE : 15/09/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : HAMDJ,Malika							
MALADE : HAMDJ,Malika											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
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.											
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				6.86					0.00	6.86	
Fournitures Médicales				14.84					0.00	14.84	
Intervenant : 8072010 DR CHAKIB SAADIA				TOTAUX :	101.70					101.70	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT UN DHS ET SOIXANTE DIX CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	101.70						
DATE FACTURE : 15/09/2020				EDITEE LE : 15/09/2020	PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					