

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.

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° M20- 0002338

ND: 53657

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 119683 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANNAOUI MALIK A


Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 420000 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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


Nature de la maladie :

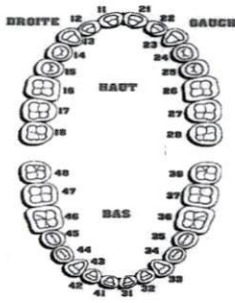
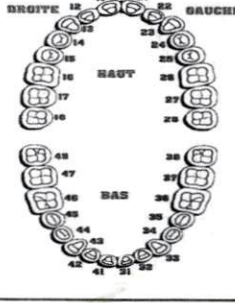
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES														
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>										
				<input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/>										
				<input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> Date du devis <input type="text"/>											
			<input type="text"/> Fin de <input type="text"/>											
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												
VOLET ADHERENT NOM : Mle														
DECLARATION N° W18-350987														
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes												
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle														

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-350987	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>Hanadi Maliha</u>			Signature de l'adhérent
Fonction :		Phones <u>0661426427</u>	
Mail :			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Hanadi Maliha</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Date <u>10 DEC. 2020</u>		Date 1ère visite	
Nature de la maladie <u>Extrasystoles atriales</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Etablissement d'une ordonnance gratuite</u>			
PHARMACIE		Date <u>10/12/2020</u>	
Montant de la facture		<u>403,50</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de Cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tel : 05 22 25 53 53 - Fax : 05 22 27 71 45 142, Av. My Hassan 1er Casablanca PHARMACIE BOUABACHICH Khadija			

**Docteur Abdelhamid
MOUSTAGHFIR**

**Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle**

Ancien Chef du service de rythmologie de l'hôpital
militaire d'instruction Mohammed V

Casablanca, le : 10/12/2020

Ordonnance

Mme Hanaoui Malika

100,70 x 3

TAMBOCOR 100 mg : 1/2 comp. 2 fois par jour

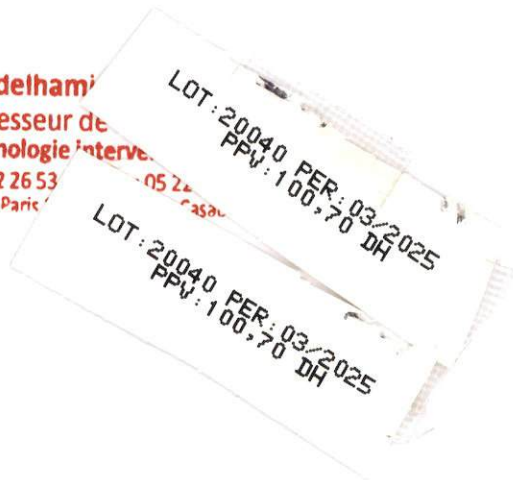
50,70 x 2

CARDENSIEL 2,5 mg: 1/2 comp par jour le matin



Ordonnance Pour 3 Mois

Dr. Abdelhamid
Professeur de
Rythmologie interventionnelle
Tel : 05 22 26 53
14, Bd de Paris



HANAOUI ,malika

ID: 5256

DDN:01/03/1961

59 Ans ,168 Cm ,83 Kg

Femme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes: bras droit:140/82

bras gauche:114/71

10/12/2020 11:54:13

FC: 73 BPM
Int PR: 154 ms
Durée QRS: 82 ms
QT/QTc: 375/400 ms
Axes P-R-T: 40 8 58
RR Moy: 821 ms
QTcB: 413 ms
QTcF: 400 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

ES4
(phénomène p sur T)

Signé par:

Date:

Dr. Moustapha Moustagnil
Professeur de Cardiologie
Rythmologie Interventionnelle
Tel: 05 22 26 53 55 - Fax: 05 22 26 53 55
P.O. de Santé Dr. Moustagnil - Casablanca

