

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-495896

7312



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

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Optique

Autres

Matricule : Société : 55517

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : 4512147011000

Date de naissance : 10/11/58

Adresse : Benjoud

Tél. : 0605 819572 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11-01-2021

Nom et prénom du malade : Age : 46

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 4512147011000

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 11-01-2021

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 : 11-01-2021

Signature de l'adhérent(e) : 14 JAN. 2021



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
16/11/2020	CS+ECG		= 250,00	INP DR M'HAMED MOHAMED DJEDIDI CARDIOLOGUE A.R.Med V.15 F.15 Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05 22 52 83 03-05 22 52 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Djedidi M'CIENNE Watou Berrechid</i>	18/11/2020	198,50 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

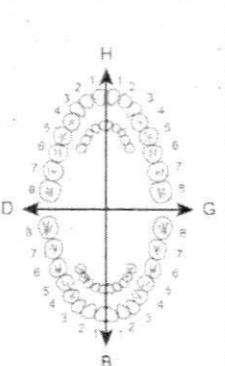
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

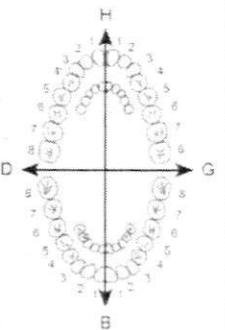
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21432552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433363

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid allemande

Diplômé en Echographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خ

ر

ي

خ

ي

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ط

ب

ORDONNANCE

Per ordre le : BERRECHID LE 16 Novembre 2020

Mr. HAIAH YASSINE

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ TOPFORCE

1 gel/J matin

S.V

3/ RELAXIUM B6 375MG

1gel/J le soir

S.V

4/ ANSIOVIT

1 Cp X2 / J pdt 10 jours

puis 1 Cp/J le soir

198,50

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGISTE
11-Bd Med V, 1^{er} étage
Tél: 05.22.32.83.03
M. 05.22.32.83.03
Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGISTE
11-Bd Med V, 1^{er} étage
Tél: 05.22.32.83.03
M. 05.22.32.83.03

1.258
P 08/23
99,50 DH

PPC: 99,00 DH

A consommer avant le: 04/2023

200194

Lot:

N° 11, Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1^{er} étage - Berrechid
Tél : 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33 - En cas d'urgence : 06 61 85 14 80