

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-652784

135093

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 4693

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIFI

Abdellaft

Date de naissance : 1957

Adresse :

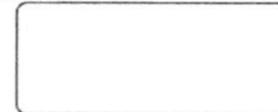
Tél. : 0662 18 16 12

Total des frais engagés : 721,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AMRI Najat

Age : 58

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose de Polyarthrite

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 : CASA

Le : 28/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

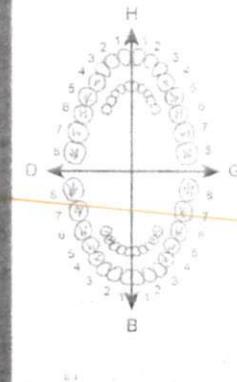
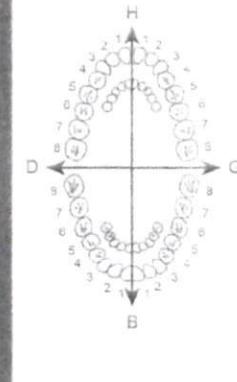


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE AL KAWTAR TOUSKOURA Dr. ZAHIR 2, Résidence Malak Route 418437 - Tel: 07 00 89 86 91</i>	<i>20/09/2022</i>	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat-R.P.1 Ain sebaâ Casablanca Arava 20 mg. cp. fl.30 P.P.V : 721,00 DH	<i>H 21.00</i>
		<i>6 116001 080267</i>	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué 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 : [REDACTED]												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]																
FIN D'EXECUTION [REDACTED]																
CCEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
DATE DU DEVIS [REDACTED]																
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]																
ODF PROTHESES DENTAIRES 																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433562														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**** PHARMACIE AL KAOUTAR ****
DR ZAHIR ALI

PHARMACIE AL KAWTAR
BOLISKOURA
Dr ZAHIR
Résidence Malak 1
416437 - Tel: 07 00 89 86 51

Tél :

27/10/2022

AMRI NAJAT

PHARMACIE AL KAWTAR
BOLISKOURA
Dr ZAHIR
Résidence Malak 1
416437 - Tel: 07 00 89 86 51

FACTURE N° : 37794 du 20/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ARAVA 20 MG BT/30 CPS	721,00	721,00	7%





MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 28.09.2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Datyna EL AZIFI
Date : 05/09/2022
N° : 05.22.58.19.56

Certifie que Mlle, Mme, M :

Najat Moussif

Présente

Une polyarthrite rhumatoïde

Nécessitant un traitement d'une durée de:

indefinie

Dont ci-joint l'ordonnance:

ARAVADome AINS
Antalgiques

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com