

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

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

Déclaration de Maladie

M22- 0036296

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent[e]

Matricule : **4699** Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : **Mr. MOHAMED MABROUR**

Date de naissance : **10/01/1950 à Casablanca**

Adresse : **Lot. ETTADAMOUN, Rue 5 N°34 OULFA Casablanca. Email = mabrour@wanadoo.fr**

Tél. **0661326392** Total des frais engagés : **415,00 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age : Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Pathologie : ALD ALC

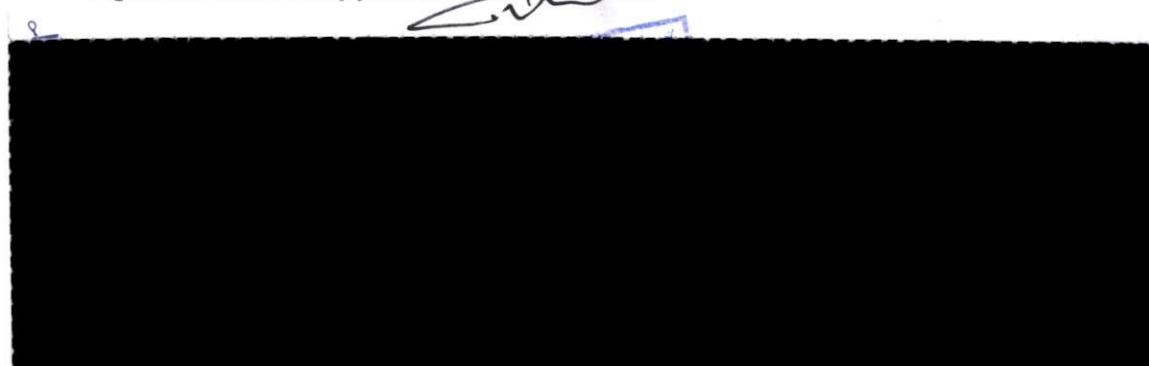
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Casablanca** Le : **11/10/2029**

Signature de l'adhérent[e] : **Mr. H. HAKAN**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------|-----------------------|
| PHARMACIE ARIANE Angle Boul. Sidi d'Anouar et Allée du lion de Casablanca Tél: 05 22 84 11 20 | MM-10 22 | 45,- |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ODF PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | MONTANT DES SOINS |
|--|-------------------|-------------------|
| H | 25533412 21433552 | |
| D | 00000000 00000000 | |
| B | 00000000 00000000 | |
| G | 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 ANOUAL

Angle Allee du lion- Bd Anoual

DR. YOUNES ABOUELAININE
Docteur en pharmacie

R.C :335134

Patente:36369482

T.V.A.:

Banque:2121133299760016

Tél : 0522 861120

Le 11/10/2022

FACTURE N°334019

<CLIENT DE PASSAGE>

Arrêtez la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Dix-neuf Dirhams.

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **M^{me} MOUZABI NAÏMA Epouse MABROUR**

Matricule : **4699**

N° CIN : **B27148**

Adresse : **Lot. ETADAMONE, RUE N° 39 ou LFA casablanca**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. EL HAKANI H. Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. EL HAKANI H.**
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca

Spécialité :

N° ICE : **Tel : 05.22.22.81.88.59 - 05.22.17.26.89**

N° INPE : **091057851**

Certifie que Mme, Mme, M. : **MABROUR Asthme d.**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

**H.TA de longue durée et
Dau Intermitt-**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

H.TA

**Dr. EL HAKANI H.
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca
Tél. 05.22.22.81.88.59 - 05.22.17.26.89**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

AMGP + DETEKSIEL

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca le 18/10/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. EL HAKANI H.
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca
Tél. 05.22.22.81.88.59 - 05.22.17.26.89**



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées