

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 : 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° W21-706978

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4968 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AM. HAFID A 62516
 Date de naissance : 19/04/63
 Adresse : RESIDENCE EL HARAF MM DRB 2^{de} ETG
 AIR CHOUIC CARA
 Tél. : 0661292672 Total des frais engagés : 200 + 1170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/05/2023
 Nom et prénom du malade : Fadi Rochdi
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 23/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RES

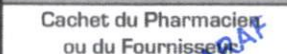
Cachet et signature du Médecin
attestant le traitement des Actes

INRE : 091166082

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le traitement des Actes
08/05/23		02	300 DA	INPE Rég. S. 111 20 El Qods Ann Chack - 680 Tél : 05 22 60 96 0 INPE : 09116609A

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. BOUCHRA TAOUFI
Coopérative Ach-charaf - CASA
May Inara, Haddaouia - CASA
Tél : 06 22 21 64 09

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACH-CHARAFI Dr. Bouchra TAQOUDI Pharmacie Ach-charafi N° DM2 Haddaouia - OUSA 02 21 64 09	18/11/23	1170.00

Gachet et signature du

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

Cachet et signature	
---------------------	--

[illegible]


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

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

SOINS DENTAIRES

[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <div style="width: 45%;"> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> D B </div>	
--	--

[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'EXECUTION

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

18 Mai 2023

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

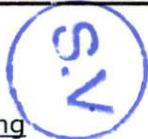
خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le في الدار البيضاء

Mme FADI RACHIDA

390,00 x 3 = 1170,00



1/ Galvus Met 50/850 mg

1 Matin et 1 Soir pendant 3 mois après



PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUZI
Coopérative Ach-charaf / DM2
Hay Inara - Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Rés. Safa - B4, El Qods Aut. Châouk - Casablanca
Tél.: 06 22 50 66 06
INPE : 091168

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com