

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 canaux, 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 canaux.

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

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45



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

Déclaration de Maladie

N° W21-797471

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6235 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JAWIR MED A75105
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 437,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/10/2023
 Nom et prénom du malade :
 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 : Casa Le : 12/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Prélèvement des Actes
12/09/2023	visite		100 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture	
	12/09/2023	37,70	

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

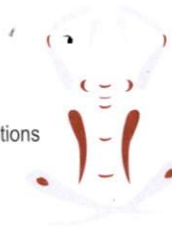
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
E DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur AZMANI NIDAL

RHUMATOLOGUE

- Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
- Spécialiste en Maladies Rhumatismales
- Diplômée en Pathologies Rachidiennes (Université de Bordeaux – France)
- Osteoporose
- Arthrose
- Echographie Articulaire
- Rhumatologie Interventionnelle
- Biothérapie
- Anciennes médecin au Service Rhumatologie CHU Ibn Rochd



الدكتورة أزمني نضال

أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و الروماتيزم

- أخصائية في أمراض الروماتيزم
- حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري (كلية بوردو – فرنسا)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- التدخلات الطبية على المفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

FACTURE

Date :12-09-2023

Patient (s) Mr jakir mohamed

Acte (s)	Prix en DH
Infiltration Echoguidée	400 DH
Epaule Gauche	
TOTAL	400 DH

Dr. AZMANI NIDAL
Rhumatologue
193, Boulevard Oum Rabii 2e-me etage
196, Hay Hassani - Casablanca

193 شارع أم الربيع الطابق الثاني رقم 6 الألفة - الحي الحسني - الدار البيضاء
193, Bd Oum Rabii, 2 ème Etage n°6 Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : **+212 520 344 424** / E-mail : **nidalazmani@gmail.com**

Docteur AZMANI NIDAL

RHUMATOLOGUE

- Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
- Spécialiste en Maladies Rhumatismales
- Diplômée en Pathologies Rachidiennes (Université de Bordeaux - France)
- Osteoporose
- Arthrose
- Echographie Articulaire
- Rhumatologie Interventionnelle
- Biothérapie
- Anciennes médecin au Service Rhumatologie CHU Ibn Rochd



الدكتورة أزمني نضال

أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و الروماتيزم

- أخصائية في أمراض الروماتيزم
- حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري (كلية بور دو - فرنسا)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- التدخلات الطبية على المفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

12/09/2023

Pr Sakir Fohaned

37, 70

1) Depa Federal

LOT/EXP.:

GY6781

12/2027

P.P.V:37DH70

Dr. AZMANI NIDAL
Rhumatologue
193, Boulevard Oum Rabii 2ème étage
N°6, Hay Hassani - Casablanca

صيدلية المنال
Pharmacie El Manal
Dr. Nawal Bennani
320 Bd. Oum Arrabii, Oulfa
Tél: 05 22 93 29 29

193 شارع أم الربيع الطابق الثاني رقم 6 الألفة - الحي الحسني - الدار البيضاء
193, Bd Oum Rabii, 2 ème Etage n°6 Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : **+212 520 344 424** / E-mail : **nidalazmani@gmail.com**