

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.
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Dentaire :

- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
- 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 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° W21-780892

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Société : **199944**

Matricule : **128 44 35**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Mohamed**

Nom & Prénom : **LAK-HAL**

Date de naissance : **11 1944**

Adresse : **n° 24 lot Saada Méhara Marrakech**

Tél. : **05 24 43 24 83** Total des frais engagés : **1003,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الاستاذ الدكتور ليوانت كلود رشاد
الطبيب العام
DR. LAPOINTE CLAUDE MOHAMED RACH :
GENERAL
416, El Messar Appt. N° 3 - Marrakech

Date de consultation : **31 JAN. 2024**

Nom et prénom du malade : **LAK-HAL MOHAMED**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **hypertension / diabète / dyslipidémie**

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 : **Marrakech**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



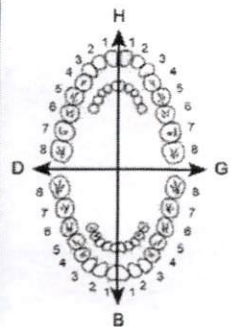
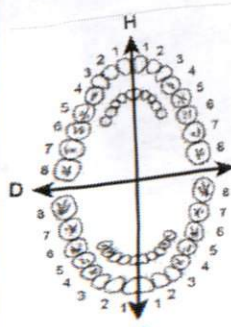
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Paiement des Actes
1 JAN. 2024				 DR. LAPOINTE CLAUDE MOHAM MEDECINE GENERALE El Massar Appl. N° 3 - N
31 JAN. 2024			100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/24	903,20

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 canalaires, 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"/>
				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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		
		(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

Dr. Lapointe Claude Mohamed Rachad

Médecin Généraliste
Diplômé de l'Université
de Laval Quebec Canada
Ancien Médecin-Chef Amizmiz

الدكتور لبوانت كلود محمد رشاد

الطب العام
خريج كلية لقال كبيك كندا
طبيب رئيسي سابق بأزميز

Marrakech le : 31 JAN. 2024 : مراکش في :

Lapointe Mohamed S.V.
25.60 x 6 - Amap 5 mg 1 mp/1st
51.10 x 3 - Amapel 14 mg 1 mp/1st S.V.
50.70 x 3 - Cardensiel 2.5 mg 1 mp/1st S.V.
50.00 x 2 - genpers 2.5 mg 1/2 mp/1st S.V.
100.90 x 3 - Vega 5 mg 1 mp/1st
41.50 - 1 mo. wane 7.5 mg 1/2 mp/1st
903.20

traitement de 3 mois

no insomnie

PHARMACIE DE LA BASE
19 IMM. 179 SA
MENARA MARRAKECH
05 24 44 79 89

الدكتور لبوانت كلود محمد رشاد
الطب العام
DR. LAPOINTE CLAUDE MOHAMED RACHAD
MEDECINE GENERAL
416, El Massar Apt. N° 3 - Marrakech

416 المسار شقة 3 طريق آسفي قرب سوق الجملة للخضر - مراکش
416, AL Massar Apt 3, Route de Safi près du marché de gros des légumes - Marrakech
Tél : 05 24 35 81 61 - GSM : 06 67 99 15 64 / E-mail : medrachad@yahoo.fr

AMEP 5mg.



AMAREL 5mg



Genpress 2,5mg



CARDENSIEL 2,5mg.



IMOVANE 7,5mg.

