

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

- 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

M22- 0049969

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04784 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMADAH- ALI
 Date de naissance : 10/01/1950
 Adresse : Sub laâdam Bloc E Rue 24 - 10 Casablanca
 Tél. : 0663239823 Total des frais engagés : *106580* Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. Fouzia IRAQI HOUSSEINI
 Expert Assermenté auprès des Tribunaux
 Echographie
 Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
 294, Bd. Driss El Harti 1er Etage Casablanca
 Tél. 05 22 36 95 95
 Date de consultation : 01/02/24
 Nom et prénom du malade : HANADA ZAHRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA PNEUMO
 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 : 12/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

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
01/02/20	C	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/2/20	915,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

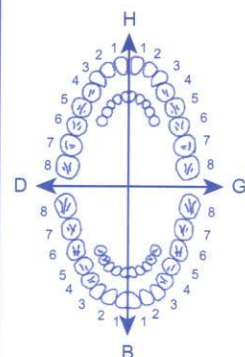
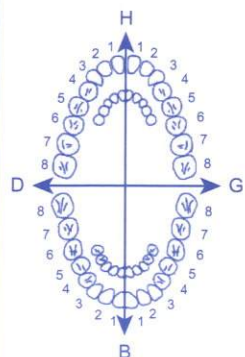
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Iraqui Housseni Fouzia

Expert Assermenté auprès
Des Tribunaux - Ex. Médecin chef
Du centre de santé cité Djemaâ
Echographie
Diplômée de la Faculté de Médecine
De Montpellier

29, Bd. Driss El Harti - 1^{er} Etage
Casablanca - Tél. : 05 22 38 95 95

فوزية



جماعة

بولي

بق الأول
البيضاء

Casablanca le : 02.02.24

M. HAMADA - ZANZA

82.700 = 24000
17000
139.50
79.00
41.80
23.00

Prezaro
14 le mot
Defhezart
PHARMACIE LAYEB
MAHRAKCHI EL HARTI
23, Derb Assalima N°27 Chef
Casablanca - Tél. : 05 22 38 95 95

Biovax
105 x 21
Aulo car ch
112
Temesta 1mg
1186

Lot: AA0077D
Per: 12/2026
PPV: 170DH50

Ziv 500
Deva
PRIX: 139.50
LOT: M0339
PER: 03/2024

LOT: CA344
EXP: 08/26
PPC: 79.00

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V.: 41DH80

TEMESTA 1MG
CP SEC B50
P.P.V.: 23DH00

→ ON EARN 1528
14 a f 12.00

→ Berocca 61.00
14 le mte

→ 11/03 Bon ramp 1 more
20.90

delic.

112.00

14 1/2

79.7

9.10

6 111267 400053 >

PPC: 61.00DH
LOT: CB03929/1
EXP: 12/2024

AMM N° 171/16 DMP/21/ANPR

6 11800 11272228

PPV: 20,90 DH

Dr. Fouzia IBAOUI
Expert Assemblage des 189
Echagraghia
Diplômée de l'École de Médecine de Montpellier
234, Bd. Dries El Mami, 1er Etage Casablanca
Tél.: 05 22 39 95 95

PPV: 79DH70
PER: 10/26
LOT: M3545