

INFORMATIONS 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.

Prothèse :

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

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° P19- 067300

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1668

Société : m2 30368

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAABI YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067300

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montant des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																



P 14/0030998

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1468	Signature de l'adherent	
Nom & Prénom			B. AAB; Youssef		
Fonction		Phonies 0661109538			
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient B. AAB; Youssef				
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age			Date 25 JUIN 2020		
Nature de la maladie			Date 1ère visite		
HTA chronique					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Angle CARDIOLOGUE el 1, Rue de la Casablanca Tél.: 05 22 46 78 90					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
E2		gretur			
PHARMACIE	Date				
Montant de la facture					
2027,10					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
CACHET					
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date		
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		
				2027,10	
CACHET					

Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Horaires d'ouverture :

du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا ب : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le

25 JUN 2020

الدار البيضاء ، في

M^r BAABI Youssef

183,226 TANZAAR 10, 14/5 6mn

75,224 48,42 385,223 ANER 10, 14/5 6mn

185,223 TAHOR 10, 14/5 6mn

REGIME SANS SEL

2,027,120 AS 10, 14/5 6mn

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et

1, Rue El Araar - Casablanca

Tél : 06 22 180 812 / 05 22 46 78 90

LOT: 19E005
PER: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT: 19E001
PER: 10 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



LOT: 19E003
PER: 03 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



LOT: 19E003
PER: 03 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



38,90

38,90

38,90

LOT 190840
EXP 05/2022
PPV 75.20DH

38,90

38,90

75,90

49,40

TANZAAR®
Losartan potassique

100 mg

153,00

TANZAAR®
Losartan potassique

100 mg

153,00

TANZAAR®
Losartan potassique

100 mg

153,00

TANZAAR®
Losartan potassique

100 mg

153,00

TANZAAR®
Losartan potassique

100 mg

153,00

TANZAAR®
Losartan potassique

100 mg

153,00

LOT: GB91039
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

LOT: GB91607
PER: 08/2022
PPV: 185 DH 00

LOT: GB91038
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

Cipla Med