

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS prône le respect de la loi n° 09.07 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de leurs données personnelles.



Declaration de Maladie

N° W19-487945

33913

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(x)

Autre :

Nom & Prénom : SLITINE ELMGHARI MY M'HAMED

Date de naissance : 01/07/1943

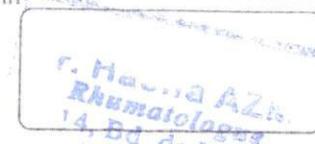
Adresse : 18, LOT. ARSET LEKBIR, TAARIF, CASABLANCA ANFA

Tél. : 06.68.41.92.20

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/07/2019

Nom et prénom du malade : DIAWY ALYADAWAR SHAHRAZED Age: 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

troubles de marche et d'équilibre, polyarthrose, ostéoporose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

21.11.2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 15/10/2019

Signature de l'adhérent(x) : H. M. G.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/07/2010	CS		300,00	INP 1091145623 4. Bd. ... Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">Casablanca - 161 0522 25 20 09</p> <p>Mme BATAILLE</p> <p>Pharmacie Albaré</p> <p>Rue Socrate - Martini</p> <p>Montant de la Facture</p>	<p style="text-align: center;"><u>08</u></p> <p style="text-align: center;"><u>70</u></p> <p style="text-align: center;"><u>23</u></p>	<p style="text-align: right;">1123,23</p>

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MÉDICAUX

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important:

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Creation, remont, adjonction)

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 08/03/2020
الدار البيضاء في

Ye Sltine

Daoud Al Tadawar

Shahrazed

99,40 X 3

1) Suffix

(S)

x 3 mois

adance BARTAL FATIMA
Pharmacie Achraf
M. Soc. 25/2/2018
Casablanca - Tel: 0522 25 22 01

2) Structure

(S)

222,00 X 3 gel x 2/j < matin ap. repas

matin

Soir

x 3 mois

79,50 X 2
3) D₃ Norm gtt_s

10 gtt_s 1 j. x 3 mois

11.23.20

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Achraf
Sidi Soltane Madif
Casablanca 1er, 43225 22 09
~~Dr. Hiba AZMI~~

~~Dr. Hiba AZMI~~
Rhumatologue
14 Avenue de Paris
13006 MARSEILLE

Lot N° : 0905837
Fab : 09/2019
Per : 09/2022
PPV (Dhs) : 99,40

Lot N° : 0905837
Fab : 09/2019
Per : 09/2022
PPV (Dhs) : 99,40

Lot N° : 0905837
Fab : 09/2019
Per : 09/2022
PPV (Dhs) : 99,40

D₃ NORM®
GOUTTES BUVAABLES



Lot:
A consommer
avant le:

PPC: 79,50 DH

200146

03/2023

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

D₃ NORM®
GOUTTES BUVAABLES

8 051128 632675

Lot:
A consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

200146

03/2023

**MUPRAS**MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

752 0752

le 08/07/2020

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: 0752		N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent: SITIENE EL GHAZI MY MIHAMED		
Nom et Prénom du bénéficiaire: DAUD ALI TADAWAT SHAHRAZED		
Je soussigné: N ^{me} Leila Ghaleeb		
Estime que l'état de santé de M ^{le} , M ^{me} , M: N ^{me} Sitiene Shahrazed		
Nécessite: 3a réançs		
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 5100 DH soit 1form. 1 personne		
3a ANG		
Une hospitalisation de : (Approximatif) Centre Kunème		
A: (préciser l'établissement hospitalier)		
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):		
cachet, date et signature du praticien		
Décision:		
NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.		
Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76		

CENTRE KINÉMA
Physiothérapie & Education Fonctionnelle
108, Bd Ghazi, 16-Rue Jbel Saghouou
Casablanca Tél/Fax: 33 77 70
N° 1731

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com