

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

N° W19-439709

ND: 33983

com 4

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0908 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENHADDOUCH Lahcen
 Date de naissance : 05/01/1943
 Adresse : 23, Rue Jarda N°5 Agdal RABAT
 0537775224
 Tél. : 0671701392 Total des frais engagés : 2872,00 Dhs

Cadre réservé au Dr. BENAMAR Loubna

Néphrologie-Hémodialyse
 Dialyse Péritoneale Transplantation
 CHU - Ibn Sina
 INRE : 101107282

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENHADDOUCH Lahcen
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Néphropathie vasculaire
 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 : Rabat Le : 01/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
16/02/20				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. BENAMAR LOUDNA Néphrologie - Hémodialyse Dialyse Péritoneale - Transplantation CHU - Ibn Sina INPE : 101107282 </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie AZ-ZAHRA Bld. Av. Qued Roman, Hay Al Inbia Sale - Tel/Fax : 05 37 80 74 00</p>	<p>28/07/08</p>	<p>2872,00 DM</p>

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

[illegible]

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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION 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">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

269,00

269,00

269,00

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ibn Sina

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي العام ابن سينا

مستشفى ابن سينا

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272.00 DH
6 118001 141654

Rabat le 01/6/2020

Pr. BENAMAR Loubna
Néphrologie-Hémodialyse
Dialyse Péritoneale-Transplantation
CHU - Ibn Sina
INPE : 101107282

Pharmacie AZ-ZAHRA
Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Inbia
Salé - Tél/Fax : 05 37 80 71 00

Courea 10/5

(269,00 x 3) 807,00

(97,60 x 3) 292,80

(21,70 x 5) 108,50

46,70 4/ Zyloric 100

(272,00 x 3) 816,00

(267,00 x 3) 801,00

= 2872,00

Pr. BENAMAR Loubna
Néphrologie-Hémodialyse
Dialyse Péritoneale-Transplantation
CHU - Ibn Sina
INPE : 101107282

Pr. BENAMAR Loubna
Néphrologie-Hémodialyse
Dialyse Péritoneale-Transplantation
CHU - Ibn Sina
INPE : 101107282

Tél. : +212 537 67 51 55 : الهاتف - E-mail : chu.cc.ibnsina@sante.gov.ma - Fax : +212 53

LOT : 19E001
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebat Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH
6 118001 081301

LOT : 19E001
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebat Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH
6 118001 081301

LOT : 19E001
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70



LOT : 19E001
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70



LOT : 19E001
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272.00 DH
6 118001 141654