

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractéristiques personnelles.

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° P19-0032304

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI Abdelwaheb

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RESID LA VILLE, ENTRÉE APT 04

RD NEB DEBBI KENITRA

Tél. : 0660 308685 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

07 AOÛT 2020

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHAZER KHAZA Age : 40

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 : Kenitra

Le : 06/08/2020

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 le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

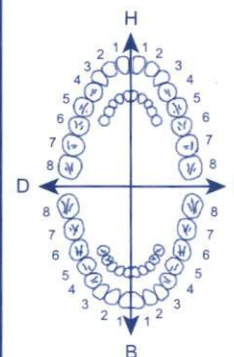
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

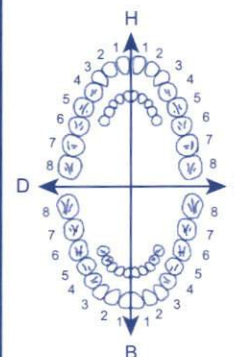
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité

Société : AXA FRANCE IARD N° de sinistre : 20607942
Contrat n° : 010 070171 / 00 N° dossier : 800113
N° d'affiliation : 2648 Date de survenance : 18/06/2020
Matricule Société : 0 Date de traitement : 09/07/2020
Assuré : KHAYER NADIA Date de remboursement : 09/07/2020
Bénéficiaire : KHAYER NADIA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	85.00	0,00	212,50
MEDICAMENTS	265,00	265,00	0	85.00	0,00	225,25
	515,00	515,00			0,00	437,75

Observations :

Informations :

Dr Atmane BENNOUNA

PNEUMOLOGUE

Spécialiste des Maladies de l'appareil Respiratoire

Diplômé de la Faculté de médecine

de Toulouse - FRANCE

Ancien assistant des hôpitaux de France

Tuberculose - Asthme - Allergie

sur Rendez-vous

Kénitra, le 18/06/2020 : القنيطرة في

Nom et Prénom du Patient :

KHAYER Nadia

الدكتور عثمان بنونة

إختصاصي في أمراض الصدر والجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

أمراض السل - الضيق - الحساسية

بالميعاد

75,00 Levophta collyre
2 gttes x 2/j

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 75,00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

190,00 Alcomax

261,00 2 pulv x 2/j

2 mms

Budesonide

LOT:0036N007
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

Pharmacie Centre Ville

Angle M^{re} Dignati et M^{re} Amraoui

Kénitra - Tél: 05 37 37 69 69

Dr Atmane BENNOUNA
PNEUMOLOGUE
87, Avenue Moulay Abderrahmane Appt. N° 1
Kénitra - Tél: 05 37 37 69 69

87 شارع مولاي عبد الرحمن رقم 1 القنيطرة - الهاتف: 05 37 37 69 69 / بالميعاد

87, Avenue Moulay Abderrahmane Appt. N° 1 - KENITRA - Tél : 05.37.37.69.69 / Sur rendez-vous

ICE : 001718273000080 · INP : 051026862

Renseignements concernant le patient

Nom du patient

cernant le patient
KHAYER

génom(s) du patient

Nadiq

Date de naissance :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause

Fait a :

Kenitra

b

18/06/2020

[illegible]

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
18/06/99	265,00	Pharmacie Centre Ville Angle M ^{me} Dior et M ^{me} Amadou R... T3: 05 33 61 67 29
N° ICE		N° INP INPE : 05 20 18 058
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Date de l'ordonnance	Description des coefficients	Ministère de l'économie	Ministère de l'énergie
	N° ICE	N° ICE	N° ICE
	N° ICE	N° ICE	N° ICE
	N° ICE	N° ICE	N° ICE

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Remarque et calcul du montant IV et majoration éventuelle sur forfait
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE					N° IMP	
N° ICE					N° IMP	
N° ICE					N° IMP	

Cadre réserve à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

© 2004 Blackwell Publishing Ltd