

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.

N° W19-487525

ND: 39913 Cmar

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

0903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

n° Benhaddouch Lahcen

Date de naissance :

05/01/1943

Adresse :

27, Rue Jawa N° 5 Al Fal

Tél. :

0537775224
0671701392

Total des frais engagés :

2774,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/09/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZZAHRA 31, Av. Oued Romdhane Al Inbia Télé : 05 37 80 71 00	1/29/2020	2774,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS
	D	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse		DATE DU DEVIS
	G			DATE DE L'EXECUTION
	B			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

٢٠١٨٤٤ ١ ٢٠٥٤٦
٢٠١٧٥٣ ١ ٢٠٨٩٤
٢٠٠٣ ٠ ٢٠٨٠٦ ٣١٦ ٣٤٠
٢٠١٧ ٠ ٢٠٨٠٦ ٣١٦ ٣٤٠

RABAT

01/09/2020

Dr. Haddad le hceu

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
LOT : 20E005
PER. : 10/2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
LOT : 20E005
PER. : 10/2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
LOT : 19E001
PER. : 06/2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70
LOT : 20E004
PER. : 08/2021

6 118000 061106

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

الفاكس :

Pharmacie AZELAHPA
Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Hora
Gard - Tel/Fax : 05 37 80 71 00

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

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

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

ID : 626557 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272,00 DH
6 118001 141654

ID : 626557 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272,00 DH
6 118001 141654

ID : 626557 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 272,00 DH
6 118001 141654

97,60

97,60

269,00

269,00

269,00



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

le 01/09/2020.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné: <i>Dr. Loubna BENAMAR</i> Professeur Néphrologue - Transplantation	
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: <i>Benhaddouch Loubna</i>	
Présente <i>Insuffisance rénale chronique</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée de: <i>2 ans</i>	
Dont ci-joint l'ordonnance.....	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

*Dr. Loubna BENAMAR
Professeur
Néphrologue - Transplantation
CHU Ibn Rochd*