

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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19- 055061

ND 41867

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 353 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSALLEM AMINA

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° P19-055061

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

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N°			P 14/0011684	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 14/0011684

DATE DE DEPOT
/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom		BENSSALEM AMINA		
Fonction	353	Phones		0539941364
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
HYPOTACHIE & VENTIGES				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Dr DEHERDT Véronique Medecine Générale IMPE 163209887 74 Rue Gutenberg - Tanger Fixe : 05 31 06 82 64	
Montant de la facture		188,15 DH		
PHARMACIE		Date 18/09/2020		
Montant de la facture		188,15 DH		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 19/09/20		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
3392		535,28 DH		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

DR DE HERDT VÉRONIQUE
Médecine Générale

Diplôme en Médecine de Famille
(Université Libre Bruxelles-
Belgique)
Diplôme en Médecine d'Urgence
(Hôpital Militaire MV Rabat)

الدكتورة دي هرت فيرونيك
طب عام

دبلوم في طب الأسرة
(جامعة الحرة بروكسيل - بلجيكا)
دبلوم في طب الطوارئ
(المستشفى العسكري محمد الخامس
في الرباط)

Ordonnance :

Nom

Amine

Date :

18/09/

2020

BENJALEM

Dr DEHERDT Véronique
Médecine Générale
INPE 161209887
74, Rue Gutenberg - Tanger
Fixe : 05 31 06 82 84

PHARMACE TARIK
BENZIAD
51, Bd. Mohamed V - Tanger
Tél : 05 39 51 11 57

108,65

1/ OSTEO CARE 10 - 0 - 1
49,50 1 capsule après repas
2/ D3 NORM gettes

108,15

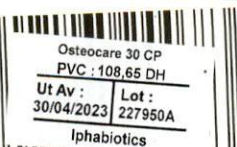
10 gettes 1x1

Lot: 200238
A consommer
avant le: 04/2023
PPC: 79,50 DH

Osteocare 30 CP
PVC : 108,65 DH

Ut Av : 30/04/2023	Lot : 227950A
-----------------------	------------------

Iphabiotics



5 021265 244683 >

Ingrédients: Carbonate de calcium, Hydroxyde de magnésium, Liants: amidon de pommes & Polyvinylpyrrolidone, Diluants: Cellulose microcristalline et Phosphate de calcium dibasique, Pelliculage (Hydroxypropylméthylcellulose, propylène glycol, dioxyde de titane et talc), Désintégrant: Glycolate d'amidon sodique, Lubrifiants: Talc purifié, Stéarate de magnésium, Sulfate de zinc, Vitamine D3 (cholecalcérol, [Les transporteurs: triglycérides à chaîne moyenne, Silice colloïdale anhydre, Talc purifié, Maltodextrine, BHA, Ethylcellulose])

MAINTENIR DANS UN ENDROIT FRAIS ET SEC.
À L'ABRI DE LA VUE OU DE LA PORTÉE DES ENFANTS

DR DE HERDT VÉRONIQUE
Médecine Générale

Diplôme en Médecine de Famille
(Université Libre Bruxelles-
Belgique)
Diplôme en Médecine d'Urgence
(Hôpital Militaire MV Rabat)

الدكتورة دي هرت فيرونيك
طب عام

دبلوم في طب الأسرة
(جامعة الحرة بروكسيل - بلجيكا)
دبلوم في طب الطوارئ
(المستشفى العسكري محمد الخامس
في الرباط)

Ordonnance :

Nom : Anissa
BENSSALEM

Date : 12/09/
2020



Dr DEHERDT Véronique
Médecine Générale
INPE 161209887
74, Rue Gutemberg - Tanger
Fixe : 05 31 06 82 84

TATARI ORL

0663 00 1027

Cher confrère je vous salue
ne patiente qui présente
hypocauanie + acarythies
à insidieuses (à surveiller
bien confidemment)

DR DE HERDT VÉRONIQUE

Médecine Générale

Diplôme en Médecine de Famille

(Université Libre Bruxelles-

Belgique)

Diplôme en Médecine d'Urgence

(Hôpital Militaire MV Rabat)

الدكتورة دي هرت فيرونيك
طب عام

دبلوم في طب الأسرة

(جامعة الحرة بروكسيل - بلجيكا)

دبلوم في طب الطوارئ

(المستشفى العسكري محمد الخامس)

(في الرباط)

Ordonnance :

Nom : BENSSALEM

Date : 18/09/2020


Dr DEHERDT Veronique
Médecine Générale
NPE 161209887
74, Rue Gutenberg - Tanger
Fixe : 05 31 06 82 84

A JEUN

TSH

Cholestérol tot, HDL, LDL
et TG

مختبر التحليلات الطبية بيودياغنونستيك
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIO-DIAGNOSTICA
89, Bd. Moussa Ben Nousseir - Tanger
Tél: 05 39 93 23 69 - Fax: 05 39 93 97 23

BIODIAGNOSTICA
89, bd Moussa Ben Noussair
Tel, 039-93-29-69
TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568
IF N°81457870 ICE N°001620299000091 INP N°163001852

Tanger le 19 septembre 2020

Madame BENSSALEM AMINA

FACTURE N°	4689
------------	------

Analyses :

Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	
TSH (Architect) -----	B	202	Total : B 392

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	535,28 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Trente Cinq Dirhams et Vingt Huit Centimes

خبر التحليلات الطبية بيو دياغنونستكا
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIODIAGNOSTICA
89, Bd. Moussa Ben Noussair - Tanger
Tél: 05 39 93 29 69 - Fax: 05 39 93 97 23