

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-481652

42281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3934

Société :

R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Retraite

Nom & Prénom :

ASSAL MUSTAPHA

Date de naissance :

05/09/1963

Adresse :

RAY EL HODA Lot chabab n°61 Berrechid

Tél. :

06.04.68.56.33

Total des frais engagés :

1440.00 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**CENTRE HEMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot. Chabab Berrechid
Tél : 05 22 32 04 31 / INPE : 060862189**

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Assal Mustapha

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection

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 au 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 : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SM

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

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
20/08/2020	()		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée r. Sihan TAMIR N°: 1-2 Mosquée Fild Said (A côté du Stade Sportif) Domschier	20/08/20	154900
05 22 33 68 22		

[illegible][illegible]

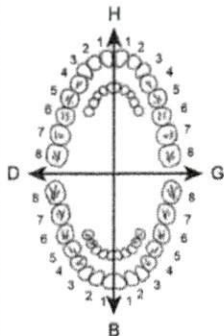
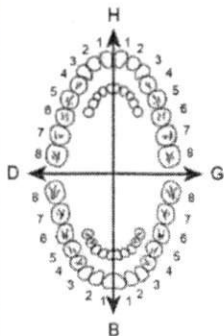
VOLET ADHERENT

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 qu'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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



مركز تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR
Dr. Zainab EL BOUAZZAOU

Specialistes en Néphrologie
Maladies Renales, Hypertension artérielle,
Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتور محفوظ كونجار
الدكتورة زينب البوعزاوي

أخصائي أمراض الكلى
تصفية الدم
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le: 2018/08/20

Assul Muslapha

1890018

Engui x 20 mg



soit 40 mg

T, 1440,00

CENTRE HEMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
25 Lot Chabab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / INPE: 060062189

Pharmacie Nephrologie
Dr. S. H. T. T. T. T.
N° 1-2
Tél / Fax: 05 22 32 84 31

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 180,00 DH
ID : 616855
6 118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 180,00 DH
ID : 616855
6 118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 168,20 DH
ID : 645069
6 118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 168,20 DH
ID : 645069
6 118001 140251

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 180,00 DH
ID : 616855
6 118001 140251

Enneriv-B
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 180,00 DH
ID : 616855
6 118001 140251

Enneriv-B
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 180,00 DH
ID : 616855
6 118001 140251

rDNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 180,00 DH
ID : 616855
6 118001 140251