

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 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

- Reclamation : 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° W19-479089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2020

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ASSIDDIKI MOHMMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

Lot Melay thami Rue 3 N° 25 OULFA

Tél. :

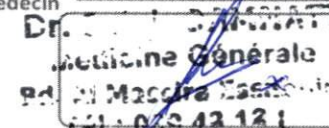
06 995 09 596

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 :

DNED

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° W19-479089

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
28 SEP 2020	9	1	83,50	INP : 71043283 Pharmacie Générale 22 Zouaq Roumane Essouira Al Jarida Tel: 05 24 79 26 95

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI Docteur GHAFI SNOUSSI Ahmed 22 Zouaq Roumane Essouira Al Jarida Tel: 05 24 79 26 95	28.09.2020	583,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur DAMNATI Salah

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél : 06 69 43 12 83

الدكتور الدمناتي صلاح

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

الهاتف : 06 69 43 12 83

28 SEP 2020

ASSIDDIKI Mohamed

$66,30 \times 5 = 331,50$



Daouid 5

c f / i

$28,00 \times 9 = 252,00$



glna ptegr 100

583,50 c f / i

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur G. Z. SNOUSSI Ahmed
22 Zineq Roumane, Essaouira Al Jadida
Tél: 06 24 79 26 95

Hs de 03 mns

Dr. Z. SNOUSSI
Médecine Générale
Bd. Al Massira - Essaouira
Tél: 06 69 43 12 83

DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V : 66DH30
LOT : 19E001
PER.: 10 2021



DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V : 66DH30
LOT : 19E001
PER.: 10 2021



DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V : 66DH30
LOT : 19E001
PER.: 10 2021



DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V : 66DH30
LOT : 9MA008
PER.: 02 2021



DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V : 66DH30
LOT : 19E001
PER.: 10 2021



25

LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



25

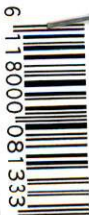
Glucophage® 1000 mg
30 comprimés pelliculés
LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH



LOT 200725
EXP 04/2023
PPV 28.00DH