

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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



Déclaration de Maladie

Nº W19-519700

43254

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HALMY A Bd el mjid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse Coop / ALICHRAF II - n° 21. S. Haarouf

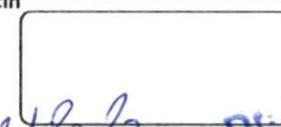
05 22 22 19 96

Tél. 0698 33 54 57

Total des frais engagés : 380,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2020

Nom et prénom du malade : ZITOUNE KEBIRIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 09/10/2020

ACCUEIL

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
28/08/2023			15000	INP : P.D. AYAT G Dr. Siham AYAT G Cardiologue Angio ED. IRM Tachymétrie et Adréa ETI surakuchi 36025 FR 11-3 Assurance : Tel: 0522 211 11 3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/08/2023	130,32

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

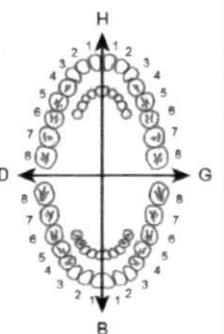
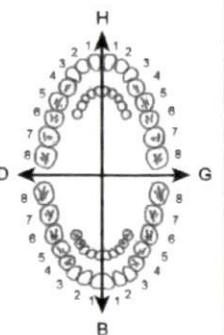
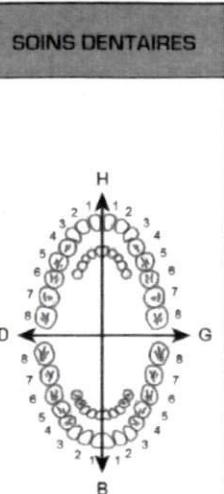
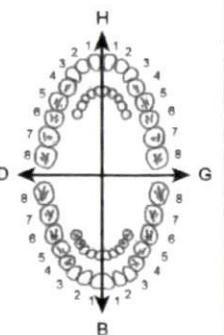
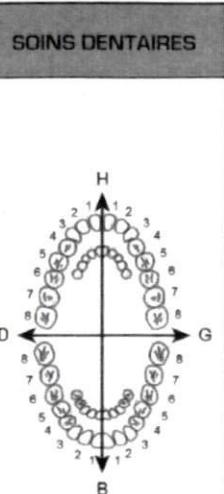
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V : 34DH60 LOT : 20011 PER : 12/2023 6 118000 060468
				MONTANTS DES SOINS L 200674 03 2023 PPV 60,00 Médiveine® 600 mg 30 comprimés sécables 6 118000 021049
				DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION Alpraz® 0,5 mg 28 comprimés sécables 6 118000 020530
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



د. سهام بلعيش

Zitoune kebia

- Injection $\Rightarrow \infty = 2$

~~↑ β~~

- Zygotic ∞

~~↑ β~~

$\infty = 2$

34,60

Domptise $\infty = 1$

~~↑ β~~

~~↑ β~~



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
 فوق أسيما و (BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
 Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

60,00

— Medicines 60



2x

1 more

mid-



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachfine et Adraa
El Maouakech - Casablanca Tel: 0522 11 11 5

Aspirin

100 mg

130,30



★ Pharmacie ALICHRAF ★
صياغة الاشراف
Lot Al'Achraf 2 N° 9
Sidi Maârouf
Casablanca

Tel/Fax: 0522 58 47 77



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

valable 3 mois

Le 28/08/2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : ZITOUNE KEBIRIA

Présente

HIA Aérienne de Transport Régional

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Répertorié

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-18 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachaffout et Adoua
El Mouroujda Casablanca
Spécialiste : Cardiologie N° 9
Signature : Dr. Siham Belaiche

AOU. 28 2020 14:40
ID= AGE=

AC,DERIVAT

ZiTouNE
KEBIRA

