

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-569185

ND: 44766



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293

Société : RAN

Actif Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue NSB ELLE ITAY ARRATIA
CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : 2183,6 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2010

Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA, CANE

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

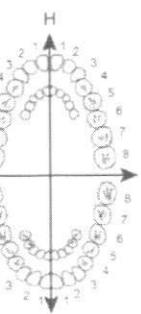
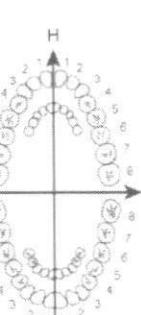
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2010

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
12/10/2016	2 Actes		1000 dh	INP : 03 NOV 2016 Mohamed BOULOGUE Médecin 11-02-1353

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p>PHARMACIE ZENITH MEDICAL Dr Amin TAHRI N°162, Ler Flora Casablanca Tel: 05 22 32 15 16 Email: tahrirvoya28@gmail.com</p>	12/10/20	<p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p>PHARMACIE ZENITH MEDICAL Dr Amin TAHRI N°162, Ler Flora Casablanca Tel: 05 22 32 15 16 Email: tahrirvoya28@gmail.com</p> <p style="text-align: center;">1883.60</p>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXÉCUTION																
		FIN D'EXÉCUTION																
D.O.F PROTHÈSES DENTAIRES 																		
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardiô-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed

CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles

عيادة تشخيص واستئصال
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

محل بقية الطبع ببروكسيل

ablanca, le..... 12/10/2020

PPV 149DH20
PER 06/23
LOT J1717

149,20

PPV 149DH20
PER 01/23
LOT J086

149,20

N° Aziz allae

Prixan 100

ten semide 5

Cerastine 10

Nebilet

Askardil 75

Carbovigel 75

zyline 100

DR Monodipatol

PPV 149DH²⁰
PER 06/23
LOT J1717

LOT: 12220001
PER: 03/2023
PPU: 39,30 DH
Tenir hors la portée et la vue
Lire la notice avant l'utilisation
Conduite: Consulter la notice

PPV 149DH²⁰
PER 06/23
LOT J1717

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

PPV 70DH00
PER 06/22
LOT J1710

PPV: 70DH00
PER: 11/21
LOT: I2680

PPV 70DH00
PER 06/22
LOT J1710

LOT EXP PPV
05 2024
31.30

401273
05 2024
31.30

31,30

31,30

LOT EXP PPV
05 2024
31.30

31,30

ECG

NOM: aziz allal ID: Sexe: Age: Date: 12-10-2020

10mm/mV 25mm/s

