

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.

Adresses Mails utiles :

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| 0 | Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 | Pre en charge | pec@mupras.com |
| 0 | 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 - Tel : 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° W19-541343

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tel :

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade

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) :

Mr 19/1/2020

[Signature]

Reçu
ACCUEIL

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
19 SEPT 2020	glets		250,	

Your-edline ESSEK
 - Echographie - Nut
 - Ecologie - Nut

179 SEPT 2020 *glets*

250

Dr Nour-eddine ESSEKAT
Omnigraïen - Echographie Clinique
DIU en Diabétologie - Nutrition
Tel: C: (05-22) 81.78.78 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur HARMACIE TAZI Nisma TAZI 5, Imm 9, Sect II, 117, Hay Wajda Charouk - Casa - Tel. 05 22 71 23 06	Date 19/09/2020	447,80

18/09/2020

447,80

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

[illegible]

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 dentaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INT :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				QUANT EXC LUTIN
				FIN DE L'EXÉCUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remaniement, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
				DATE DE FIN
				DATE DE FIN
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de protéger le dent traité, l'acte protégé en indiquant la nature des soins.

Important:

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

Abstract

EXPERIMENTAL

O.O.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTIGATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômé d'Université de Diabétologie
Membre de la Société Francophone du Diabète
Diplômé d'Université en Diététique Médicale-Nutrition
Diplômé d'Université d'Echographie Clinique
(Faculté de Médecine Montpellier-France)
Médecin Expert
Electrocardiogramme

دبلوم جامعي في مرض السكري
عضو الجمعية الفرنسية لمرض السكري
دبلوم جامعي في الحماية الطبية والتغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
(كلية الطب مونبلييه - فرنسا)
طبيب خبير
التخطيط الكهربائي للقلب

19/09/2020

Casablanca, le في الدار البيضاء.

MME NOUARI SAADIA

- 139,00 1. **ATIKEN 80 MG**
1 comprimé, matin, après repas, pendant 3 mois
- 116,30 2. **Coronat 25 mg - comprimé**
1/2 comprimé, matin, après repas, pendant 3 mois
- 201,00 3. **DAFLON 1000 MG, Comprimé pelliculé**
1 comprimé, soir, après repas, pendant 1 mois
4. **venoxyl pommade**
1 appli, soir, pendant 3 mois
5. **Metrozal 500 mg - comprimé**
1 comprimé, matin, midi, soir, avant repas, pendant 1 semaine EMG

447,30

Lot n°:
Date d'exp.:
PPV:

130,00

16mm

Lot: PD0452A
Per: 04/2022
PPV: 1160H90

Lot: PD0452A
Per: 04/2022
PPV: 1160H90

201,00

Dr Nour-eddine ESSEKKAT
Omnipraticien - Echographie Clinique
DIP en Diabétologie - Nutrition
Tel: C: (05.22) 81.78.78 - Casablanca



Innomed Medical Inc.

19.09.2020

12:12

Samedi

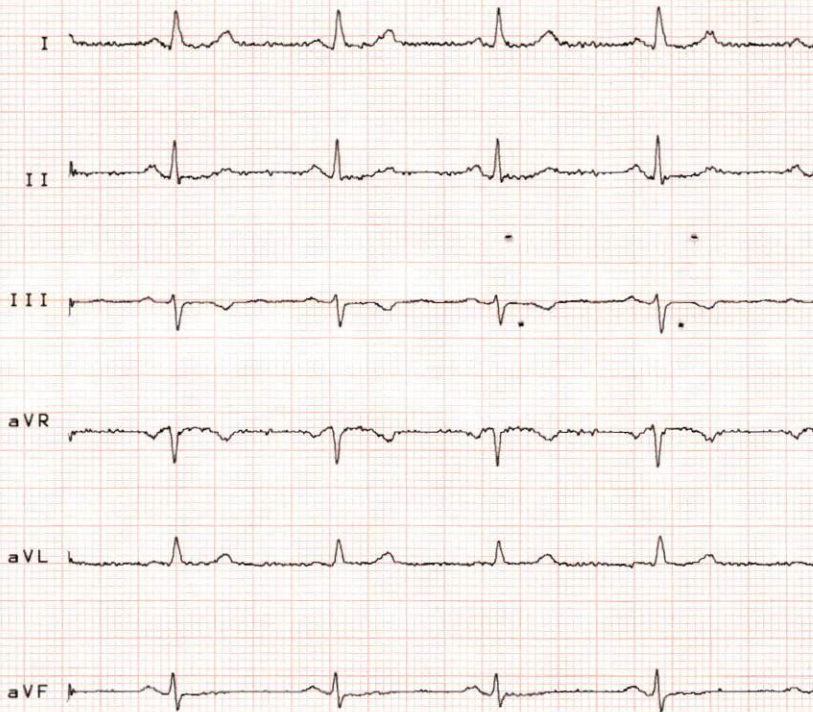
25 mm/s

1 cm/mV

Ligne b. Oui

Filtre 50 Hz

Identifiant patient
Auto 00087



HeartScreen 112 D

Version 3.35