

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'entente préalable renseignée 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 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise 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 - 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° P19- 0047066

ND: 49297

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KANAL, MAHAMED

Date de naissance :

Adresse : LES ATTADAROU, RUE 24 N°9 EL OULFA

Tél. : 0522 894207

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2020

Nom et prénom du malade : Kamali

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dépression or bipolaire

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 fournis 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) :

[illegible]

11/20-03	200 DNY	9. Av. 2 Mars Angle Mers Sultan - Casablanca Tél.: 05 22 25 20 24
----------	------------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/20	440.30

PHARMACEUTICALS
SITAM CHETRA
Docteur en Pharmacie
Assistance Anna
02 89 43 00

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

A schematic diagram of a 2D hexagonal lattice. The lattice is composed of solid black circles representing atoms. A central atom is labeled '1'. It is surrounded by six nearest neighbors, labeled '2' through '7'. The lattice extends to the edges of the frame, with atoms at the corners labeled '8' through '11'.

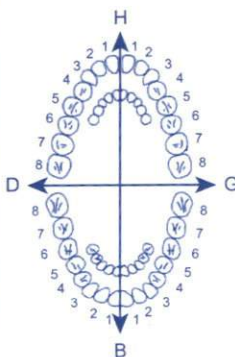
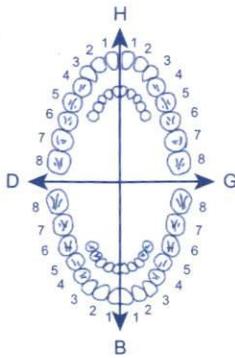
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficent 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficent des Travaux <input type="text"/> Montants des Soins <input type="text"/> Date du Devis <input type="text"/> Date de l'Execution <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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	Coefficient des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																			
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction)																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-134472	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-134472

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom	KAZALI MOUHAMED	
Fonction :	Phones: 0522894201	
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient KAMALI MO		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date 16/9/20	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Jumele du comportement en attendant mental		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C3		300
PHARMACIE		
Date 16/09/20		
Montant de la facture		
4890		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM

DER ADJUTANT KAZALI Soumia
PSYCHIATRE
Av. 2 Mars Angle Rue Victor Hugo
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 89 43 09

PHARMACIE RESIDENCE ANNAM
SOUK EL KHRAOIT
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. Soumia BENABDERRAZIK

Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue

الدكتورة بنعبد الرزاق سمية

الطب النفسي - العلاج النفسي
طب الإدمان

Casablanca, le 16/9/2020 في الدار البيضاء،

Mr Hamali M

240.00 x 2

⑤

Shophia 10mg

is qd

1: 480.00

Traitement de 2m

Rv: 11/11/2020 à 14h

Maphar
Km 10, Route Côtère 111,
Oj Zenata Ain sebaa Casablanca
Seroplex 10mg cp séc b28
P.P.V.: 240.00 DH
E 118001 184989

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GERRAOUTI
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaim - Oujda
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GERRAOUTI
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaim - Oujda
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. BENABDERRAZIK Soumia
PSYCHIATRE
2, Av. 2 Mars Angle Rue Victor,
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 26 20 24

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GERRAOUTI
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaim - Oujda
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. Soumia BENABDERRAZIK

Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue

الدكتورة بن عبد الرزاق سمية

الطب النفسي - العلاج النفسي
طب الإدمان

Casablanca, le

11/11/2020

الدار البيضاء في

7^h

MD

Kamal

154.00 x 2

Exidap 10 mg

LOT: 0000015
EXP: 11/2022
PPV: 154DH00

PRISOL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6 118 001 250950

132.30

Exidap 10 mg

LOT: 0000015
EXP: 11/2022
PPV: 154DH00

PRISOL 1 mg
30 comprimés pelliculés
6 118 001 250950

132.30

Exidap 10 mg

EXP: 11/2022
Lot: 0000015
PPV: 154DH00

132.30

Exidap 10 mg

11/11/2020

49, Avenue 2 Mars (à côté lycée Mohamed V) Angle Rue Victor Hugo, 3^e étage
ttement 15, Mersultan Al Fida - Casablansa - Tél.: 05 22 26 20 24 - Sur Rendez-vous