

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.

Prothèse :

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...

mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 045912

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LARABI Mohamed

Date de naissance : 1949

Adresse : 20 Rue LARABI - OJAZ CASIS CASA

Tél. 05 22 22 42 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. YACOUBIÉS Rhumatologue

41, Bd Zerkouni, Rés. Listra, Casablanca

Date de consultation : 10 NOV 2020

Nom et prénom du malade : EL BAHY AHMED Age : 1967

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE

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 : ...

Signature de 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
10 NOV 2020			50004	<p>Dr. MOHAMED EL MOUSSISSSEN</p> <p>41, Bd Zerkoun, Rés. Istikrar, 3^{ème} étage</p> <p>Tél : 05 22 22 42 22 GSM : 06 50 23 93 84</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2020	3359.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
GRARI Samia Kinésithérapeute 14, Rue El Mouassine, Val Fleuri Tél: 05 22 25 5024 - Casablanca	18/11/20	10	10	10	10	16 x 200 = 3200

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		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



Dr. Asmaa YACOUBI HESSISEN
الدكتورة أسماء يعقوبي الحسيسن

PHARMACIE JERRADA
51, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
tél: 0522 23 54 49 / 05 22 43 47 20

Casablanca, le : 10 NOV 2020

Mme ABATI Amina EL-LABRI

① Cytholia Symbiosis - (S) 3 x 24h w

15 le soir 2 3 mois

MR

② Fleximax - (S) 6 x 14g, w

2 gélules à midi 2 3 mois

MR

③ Daflon 1000 - (S) 3 x 20l. w

1 cp 2 2h pdt 1 mois

puis 1 cp 1h pdt 2 mois

49.60
= 3 x 56.30

④ D-CURE FORTE - (S) laupave / sem

pdt 3 semaines

puis relais par D-CURE 25.000, laupave / sem 2 3 mois

(5) Oméga 3 ERIC FAURE (S.V.) 150,00
2cp 1j 2 3mois. NR

(6) Pelasciure B6 300 (S.V.) 3x 87,00
1 gel le soir 2 3mois NR

(7) Nocicephal gel (S.V.) 148,00
1 appte 1j su chevilles
et genoux

201,00

201,00

PHARMACIE VERRADA
41, Bd Abderrahim Boumoud
Oasis - Casablanca
Tél: 0522 23 54 49 / 05 23 54 47 20

Dr. A. YACOUBI HESSISSEN
Rhumatologue
Médecine Fonctionnelle - Micronutrition
41, Bd Zerktouni, Rés. Listikrar, 3^{ème} étage
Tél: 05 22 22 42 22 - GSM: 06 50 23 93 84

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

201,00