

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 canaux, 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 canaux.

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

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 : 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

54309

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007005 Société : RAJ
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAMEL Jamila Date de naissance :
Adresse : H. Africain
Tél. : 0668451400 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 DEC 2020
Nom et prénom du malade : FAMEL Jamila
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gynécologie & Contraception
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) : Le : 14 DEC 2020

FAMEL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02 DEC 2020 | CMS | 1 | 200,3 | Dr. Haseeb |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-------------------------|
| | 2 12 20 | 1520,20 + 60 = 1580,20H |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'OD

| 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | (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

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري
دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
من كلية الطب مونبولي — فرنسا
التخطيط الكهربائي للقلب
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 2 DEC. 2020 الدار البيضاء، في

02 DEC 2020

ME Patan Jamb

MAZAR

60, 60 ^{x2} 7m

✓ NKSV
Covance

139.56

the
finger

58.47

have not

349.2
138.17

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Aln sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
138.10 DH

146. زنقة مولاي ادريس حي البيا
Urgences : 06 61 20 14 20
4669000045

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.F.V : 138,10 DH

6 118001 080472

العيادة : 05 22 80 91 91 - المصطفى
 Driss, Hay Baladia - Casablanca -
 E-mail : dr.chahid@g

22,00

Clontec

NS

22,10

Cerophtha 0,05%

NS

75,10

Dr. Hassen Chahed

NS

14,10

Senh

NS

g

Trk

248,10

γ ×

Trk

D un

56,130

ns)

Zharke

Trk

NS

Zharke

Trk

NS

82,10

79,70

73,10

152020

NS

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV : 75.00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/عبار
FAB/الت
EXP/ال

PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1941

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248.00 DH
LOT: 118001141104

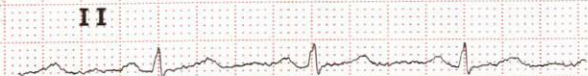
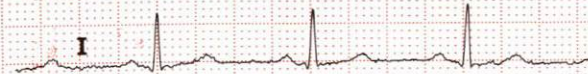
PPV: 56,30 DH
LOT: 20019D
EXP: 10/2022

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou el soussier roches
noires casablanca
INEXIUM
Cp GR
20 mg
Boite 14
B40NDMP/21/NRQ P.P.V.: 82,10 DH
LOT: 118001 020591

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863

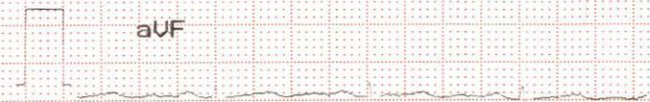
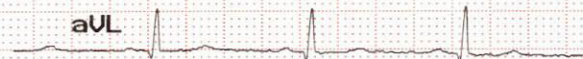
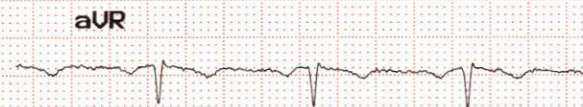
Dr. Hassen Chahed
D.U. en Diabétologie
Echographie Médicale
Moulay Idriss, Hay Salam, Casablanca
Tél: 06 22 22 22 22

marquette HELLIGE 2.Déc.20 13:30



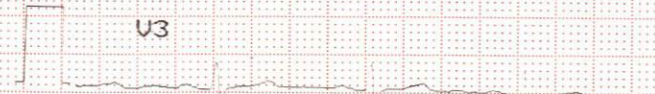
Auto 25mm/s 10 SAD

marquette HELLIGE 2.Déc.20 13:30



Auto 25mm/s 10 SAD

marquette HELLIGE 2.Déc.20 13:30



Auto 25mm/s 10 SAD

marquet

