

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-495456

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5962 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAIKI ABDELAZIZ

Date de naissance : 11/02/1962

Adresse : 25 Rue 17 Semillie (1) oulfa

Tél. : 0667 015273 Total des frais engagés : 3500 + 26,58 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2018

Nom et prénom du malade : M. FAIKI Abdelaziz Age :

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

Nature de la maladie : Ed dégénératif

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 Le : 15/12/18

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-495456

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07.12.2019	2019	CARME	377,26	INP : 0812008113 Psychiatre Hassan 1er 52222 50 10 33M 0001 02.02.17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ORLY SUD P A190 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX Tel : 01 45 75 74 70 / 6h-20h Dr Caroline IBGHEI www.orlypharm.com	15/12/19	266,58

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

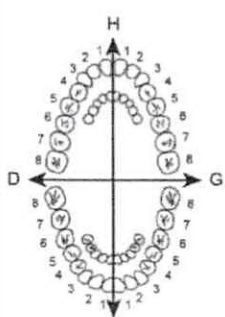
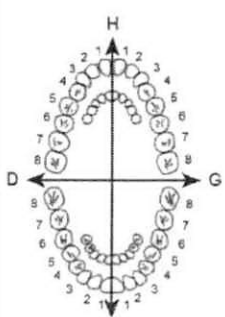
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Tarik BENJELLOUN
Psychiatre (C.H.U de Reims)

Psychiatre des Hôpitaux de France

- Ex Médecin-Chef de Pôle :
Pôle de Santé Mentale et d'Addictologie
dans le Calvados
- Ex-Psychiatre à l'Institut Thérapeutique
Educatif et Pédagogique (I.T.E.P)
dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre
de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R)
dans l'Orne
- Ancien membre du réseau de l'obésité
dans l'Orne

الدكتور طارق بن جلون
أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية

طبيب متخصص في الأمراض النفسية والعقلية

لدى

المستشفيات الفرنسية

• طبيب رئيس قطب سابقا :

قطب الأمراض النفسية والعقلية والإدمان

بالكاليفادوس

• طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية والتربوية

بلورن (سابقا)

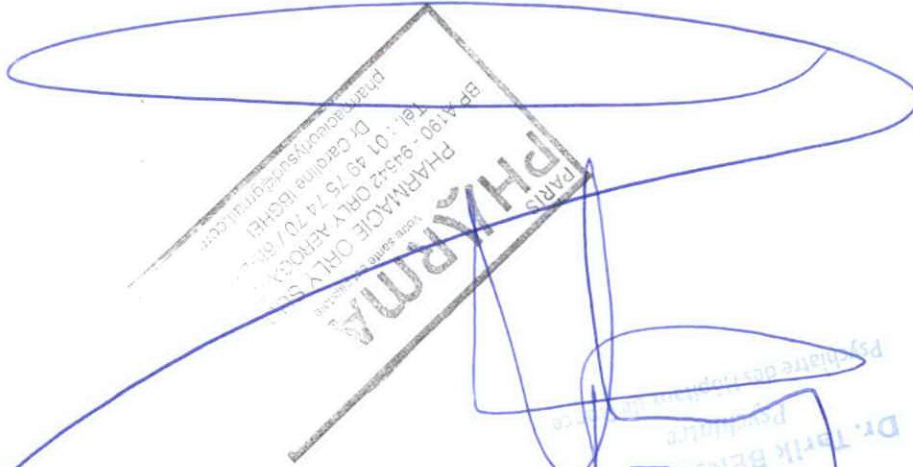
• طبيب متخصص لدى معهد الترويض للكبار والأطفال

بلورن - فرنسا (سابقا)

Casablanca, Le :

Terminé le 14/09/2019

Sep et 1/2 X 6 Nov



Produit en République arabe saoudienne au Maroc.



PHARMACIE ORLY 4
AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT

Identifiant : 91 2 01382 8

Email : pharmacieorlysud@gmail.com

FATKI ABDELAZIZ Abdelaziz
rue Essouror
00000 CASABLANCA

Banque : Credit agricole ILE DE FRANCE
IBAN : FR7618206002176026546957466

Justificatif de vente n° 8203 du 15 décembre 2019

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400933727369	TERALITHE LP 400MG CPR SEC 60	2,10	6,99	3	20,97
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	2,10	2,04	1	2,04

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	26,04	0,54	26,58
Total	26,04	0,54	26,58

Part Principale €		Part Assuré €	26,58
Part Complémentaire €			

Net à payer **26,58** euros