

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

- Reclamation : 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° W19-516212

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE PASTEUR
Pr. MARGAD BRAHIM
CHIRURGIEN
Bd. Yaacoub Al Mansour Rte. Al Maqsem
Tél. 05 36 50 82 50 - OUDJA

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 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 : 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-516212

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
25/01/20	Consult	1		INPE: 091097642 CLINIQUE PASTEUR Pr. MARGAD BRAHIM CHIRURGIEN Bd. Yacoub Al Mansour Rte. Al Maqsem Tél: 05 36 50 82 50 - OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MAKSAM DR. Kamal MOKHARI Bd. Ya. Gub. Al Mansour El Maksam N°78 - 00354 Tél: 05 36 50 82 50	25/01/20 182,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE RADIOLOGIQUE Dr. Mohamed El Bacham 10, rue de la République Tel: 05 36 50 82 50	30/01/20	220	300,00

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

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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		

CLINIQUE PASTEUR
Pr. MARGAD BRAHIM
CHIRURGIEN
Bd. Yaacoub Al Mansour Rte. Al Maqassem
Tél: 05 36 50 82 50 - OUJDA

ORDONNANCE

Date : 25/01/2020

168,20
M Augmentin 1000
1 sachet

PPV: 168,20 DH
LOT: 623080
PER: 03/21

14,00
M Doliprane
19365

14,00
PPV: 14DH00
PER: 09/22
LOT: I2018

à prendre le 31/01/2020
à la clinique
pour l'ordonnance

182,20

PHARMACIE EL MAKSAM
Bd. Yaacoub Al Mansour Hay
Rte. Al Maqassem - OUJDA
Tél: 05 36 50 17 34
05 36 50 24 15

CLINIQUE PASTEUR
Pr. MARGAD BRAHIM
CHIRURGIEN
Bd. Yaacoub Al Mansour Rte. Al Maqassem
Tél: 05 36 50 82 50 - OUJDA

CLINIQUE
Pasteur

OUJDA
CLINIQUE PASTEUR
Pr. MARGAD BRAHIM
CHIRURGIEN
Bd. Yaacoub Al Mansour Rte. Al Maqssem
Tél: 05 36 50 82 50 - Oujda



صحة
بأستور
وجدة

ORDONNANCE

Date : 28/01/2020

n refoussi dorsal
Sacrum pulled only
implante le 24/01/2020

Rx Low Fac -
Subl Int

CABINET DE RADIOLOGIE AN 302
Dr JOLIDAR Mohammed
Medecin Radiologue
12, Bd. L. Bachelier - Oujda
Tél : 05 36 50 82 50

CLINIQUE PASTEUR
Pr. MARGAD BRAHIM
CHIRURGIEN
Bd. Yaacoub Al Mansour Rte. Al Maqssem
Tél: 05 36 50 82 50 - Oujda

CABINET DE RADIOLOGIE ANGAD
DOCTEUR MOHAMMED JOUDAR
MEDECIN RADIOLOGUE



عيادة الفحص بالأشعة أنجاد
الدكتور محمد جدار
اختصاصي في الفحص بالأشعة

Oujda, le 30/01/2020

Facture:925/2020

MESSAOUDI HOUMAD

TYPE D'EXAMEN	MONTANT
RX-THORAX F/P	300 DH
TOTAL	300 DH

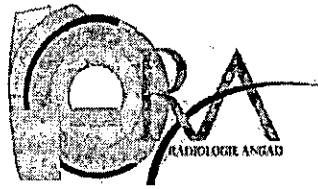
Arrêtée la présente facture à la somme De TROIS CENTS DH .



081098022

CABINET DE RADIOLOGIE ANGAD
Dr. Joudar Mohammed
Medecin Radiologue
13, Bd. Lieutenant Belhoucine Oujda
Tél : 0536 71 04 65

13, BD LIEUTENANT BELHOUCINE OUJDA TEL : 0536 71 04 65 IF : 14474560
PATENTE : 10704823 CODE INPE : 081098022 RIB : 007 570 0005154000306367 38
ICE : 001697003000033



SCANNER- RADIOLOGIE GENERALE ET SPECIALISEE -MAMMOGRAPHIE -RADIOLOGIE DENTAIRE
ECHOGRAPHIE GENERALE-ECHODOPPLER COULEUR

Date : 30/01/2020

Nom : MESSAOUDI HOUMAD

Age : 80 ans

Médecin traitant : Pr MARGAD

RADIOGRAPHIE DU THORAX

(Face+profil)

- *Pace maker en place.*
- *Epaississement séquellaire de l'interstitium inter bronchique hilo basal.*
- *Petite hypertrophie du ventricule gauche.*
- *Absence d'épanchement pleural.*

CONFRATERNELLEMENT
Dr. JODAR