

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

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- 047351

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4814 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJD Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Majd KHAOUJA 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047351

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<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 colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOILET ADHERENT		NOM: <u>MAJD MOHAMED</u>	Mle <u>4814</u>
DECLARATION N°		P 14/0018194	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
<u>7-04-2020</u>	<u>4108,60 + 150</u>	<u>3 Pièces</u>	
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			



P 14/

18194

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>#04814</u>	Signature et cachet de l'adhérent
Nom & Prénom <u>MAJD MOHAMED</u>			
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0618.9943.02</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>MAJD</u> <u>KHAOUJA</u>		Signature et cachet du médecin
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age	Date <u>10/01/2020</u>		
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
<u>Affection rhumatoïde - HTA</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du pharmacien
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>150DH</u>	
PHARMACIE	Date		Signature et cachet du pharmacien
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>20/01/20</u>	Signature et cachet du biologiste
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>P290</u>	<u>408,60 + 150</u>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	
		IV	
			<u>4108,60 + 150</u>

Laboratoire BORJ EL BERNOUSSI d'Analyses Médicales

DOCTEUR Abdeladim TAKI IMRANI : Pharmacien Biologiste, Diplômé de l'Université libre de Bruxelles
BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - VIROLOGIE

612, Bd Souhaib Aroumi - Sidi EL Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84
ICE : 001626088000055 - R.C. CASA : 360178 - PATENTE : 316384432 - C.N.S.S : 2928309
I.Fiscal : 36000150 - INPE : 097163075

FACTURE N° : 200000370

CASABLANCA le 20-01-2020

Mme MAJD Khadija

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Triglycérides	B60	B
	Vitesse de sédimentation (VS)	B30	B
	LDL direct	B50	B

Total des B : 290

TOTAL DOSSIER : 408.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent huit dirham soixante centimes.

مستند طبي
LABORATOIRE BORJ EL BERNOUSSI
Dr. Abdeladim Taki Imrani
Pharmacien Biologiste
612 Bd Souhaib Aroumi, Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84

Dr . MABROUK Sanaa

MEDECINE GÉNÉRALE

- Diplôme Universitaire d'Echographie Générale de la faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme Universitaire de Gynécologie infertilité et suivi de Grossesse (Bordeaux - France)
- ECG
- Cupping Thérapy



الدكتورة مبروك سناء

417
31 PPV 49.40 DH

العقم عند الزوجين : ٥ - ٥ لقمة الحمل

Casablanca, le 10/01/2020 في اريضاء

MAT D

KNAO IJA

49,40 x 3

1)

Amcard 5mg

14h ; le matin

api le repas

03 moi

128,70

2)

Cardéline

1 prise j

01 moi

8 = 276,90 m

Dr. MABROUK SANA
MEDECINE GENERALE
Echographie ECG
Tel : 05 22 74 15 89 - CASAB

CADELIUS 600 mg/1000 UI
Calcium / Cholécalcérol (Vitamine D₃)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV: 128,70 Dhs



6 118001 440061

عفان ، حي القدس البرنوصي - الهاتف : 05 22 74 15 89 - الدار البيضاء

29 ,Av. Othmane Bnou Affane , Hay El Qods Bernoussi - Tél : 05 22 74 15 89