

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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° M21- 0037281

Remboursement à 100%

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7099

Société : RAT

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : Aziz Mohamed

Date de naissance : 13/08/1960

Adresse :

N° 44 Rue OUKHOUANE HAY ERRAH
CASABLANCA

Tél. : 0665108044

Total des frais engagés : 2852,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2021

Nom et prénom du malade :

ATI M Samir

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Néoplasie du sein

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 : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]




Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/02/22	4			Dr. BENCHAKROUN Nadia Onco-Radiothérapeute INPM 491026427

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/22	2852,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

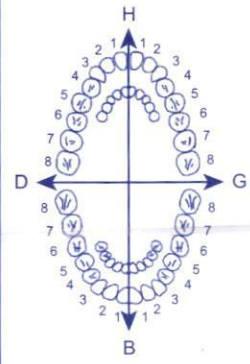
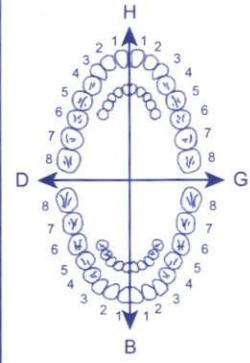
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



01/02/2021

Mme. HATIM. SAMIRA

Pr. A. Acharki

Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami

Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi

Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider

Onco-Radiothérapeute

Pr. S. Sahraoui

Onco-Radiothérapeute

Pr. N. Benchakroun

Onco-Radiothérapeute

Pr. Z. Bouchbika

Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Mouafik

Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Hannioui

Réanimateur-Anesthésiste

Dr. S. Cherqui

Hématologue

713.0004



- létrozole. GT 2,5 mg
cp. 13 x 4 mois
4 Boîtes

= 2852,00



Pr BENCHAKROUN Nadia
Onco-Radiothérapeute
INP N° 001026427

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

91174
22/2024
13/08/2024 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

91174
22/2024
13/08/2024 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

91174
22/2024
13/08/2024 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040

Létrozole GT[®] 2,5 mg

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

91174
22/2024
13/08/2024 00

Létrozole GT[®] 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040