

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données 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.

Educations :

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

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° M21-0030670

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2315 Société : 67909

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SERIR KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 13 28 735 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-30670

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 :

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

- 0 Réclamation contact@mupras.com
- 0 Prise en charge pec@mupras.com
- 0 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 : 01 21 21 21 21 - 05 22 10 45 15 (L.G.) - Fax : 01 21 22 22 22 - www.mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-526788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8313 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERIR KAMAL

Date de naissance : 15/05/1967

Adresse : 14 RUE ISHAK IBRAHIM HANINE
APT 7 2ème Etg B9 YACOUB ELMANOUL CASABLANCA

Tél : 0661 328755 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin Lt-Colonel
Houda ECHCHACHOU
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN / HMIMV - Rabat

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SERIR KAMAL Age : 53 ANS

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

Nature de la maladie : Diabète Type 2

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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-526788
ACCUEIL

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 : 8313

Nom de l'adhérent(e) : SERIR

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
03/02/2011				INP : 021076047
				Médecin Lt-Colonel
				Houda ECHCHACHOU
				Professeur Assistant
				en Médecine Aéronautique
				GEMP / HMMV - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO SOCRATE Rég. Masurel, Rue Socrate, Immeuble N°4 - 20 000 Casablanca Tél: 0522 23 34 65 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08 Email: labo.socrate@menara.ma	04/03/2011	B/130 + pch	199,200H

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 :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		MONTANTS DES SOINS []
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		DATE DU DEVIS []
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		DATE DE L'EXECUTION []
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		
	<div> <div>H</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		

[Creation, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Médecin Colonel M. CHEMSI
Professeur de Médecine Aéronautique
Spécialiste de Médecine Interne
Médecin Chef du CEMPN/RABAT
INPE : 101106904

Kamal

glycémie : 1,2
et

Ala

LABO SOCRATE
Rés. Masurel, Rue Socrate, Immeuble C.N.4 - 20 900 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 23 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

Médecin Colonel M. CHEMSI
Professeur de Médecine Aéronautique
Spécialiste de Médecine Interne
Médecin Chef du CEMPN/RABAT
INPE : 101106904

Code Patient : DEVIS1505050001
Date de l'examen : 04-03-2021

Saisie le 04-03-2021 08:22

Mr Kamal SERIR
Réf : 210304A007
Prescription : Dr m chemsi

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun
(Hexokinase G6PD-H)

1.26 g/L (0.74-1.06)
6.99 mmol/L (4.11-5.88)

21-09-2020
1.24

HBA1c
(G8 Tosoh)

6.6 % (4.0-6.0)

21-09-2020
6.8

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 210001123

CASABLANCA le 04-03-2021

Mr Kamal SERIR

Demande N° 210304A007

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 04-03-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 199.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams vingt centimes

LABO SOCRATE
Rég. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma