

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

Informations 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.

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 ALP :

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0018516

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **67253**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3048** Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **Bouymina Abdelaziz**
Date de naissance : **30/09/1944**
Adresse : **Residence Attadama EL OULFA**
Tél. : **0650399134** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : **12/04/2021**
Nom et prénom du malade : **Bouymina Abdelaziz** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **DM2 + Hypertension**
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) :

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
12/04/2021	S	1	452,30	Docteur Mohamed JELLAL Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - CASA Tél. 0522 48 27 08/09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. - U
100 Lot 50000 de Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

12/04/2021 452,30

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

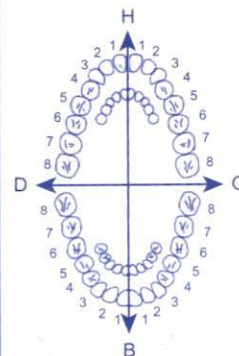
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

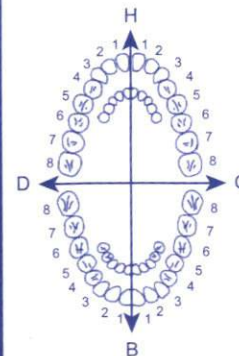
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 LE DEVIS

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

د جلال

سانلويز بباريس

الكولسترول

0522 48 27 88

Casablanca, le 12/06/2022

6x 45,20

1/ Glucophage 800

14x 15

2/ Glynn 0,1

3x 13,40

3/ Levothyrox 70

452,90

PHARMACIE SARANAE

S.A.R.L.A.U

140 Lot Sidi Abdou Lissasfa
Casablanca

Tél/Fax: 0522 65 20 07



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

LOT 202915 2
EXP 12 2022
PPV 11.50 DH



6 118001 102013
Voithyrox® 50µg,
imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013
Voithyrox® 50µg,
primés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Baghdad - CASA
Tél. 0522 48 27 88

24, زقة بغداد (قرب زقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca