

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 : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-578867

Exemple

67933

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7585

Société : RAT

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Driss Bouktib

Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : Boite postale 1001 Inzagan prius le

Tél. : 06 10 60 06 03

Total des frais engagés : 1346

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelmajid BELHADJ
CARDIOLOGUE
Avenue Moulay Abdellah
Imm. M1, Appt. N° 4 - AGADIR
Tél : 05 28 84 52 51

Date de consultation : 29-03-21

Nom et prénom du malade : Bouktib Driss

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Coronariopathie / H77

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 : 10/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578867

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 :

[illegible]

Dr. Mohamed BELHAJ
CARDIOLOGUE
Avenue Moulay Abdellah
Imm. M1, Apt. N° 4 AGADIR
Tél: 05 28 84 52 51

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/3/21	996,30

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

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

* 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"/>								
	<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">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELHAJ Abdelmajid

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de Liège
(Belgique)

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU
COEUR ET DES VAISSEAUX

Avenue Moulay Abdellah

Immeuble M1 - Appartement N° 4

Au-dessus de pharmacie BOUHDOUN - Agadir

Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51 Agadir

GSM : 06 61 14 58 36

الدكتور بالحاج عبد المجيد

خريج جامعة لييج (بلجيكا)

اختصاصي في أمراض

القلب والشرايين

شارع مولاي عبد الله عمارة 1 - شقة رقم 4

فوق صيدلية بوهودون - أكادير

هاتف العيادة والفاكس : 05 28 84 52 51

الهاتف المحمول : 06 61 14 58 36

Agadir, le

29 MAR. 2021

أكادير في

Mr. Samir Lami

PHARMACIE RAHMA

260, Av. Hassan II Hay El Jihadia

Dcheira - Tél.: 05.28.33.07.94

INPE : 042049858

21,00

37,00

25,00

27,70 x 3

97,60

198,50

164,70 x 3

Dr. Abdelmajid BELHAJ

CARDIOLOGUE

Avenue Moulay Abdellah

Imm. M1 - Appartement N° 4 - AGADIR

Tel : 05 28 84 52 51

PHARMACIE RAHMA

260, Av. Hassan II Hay El Jihadia

Dcheira - Tél.: 05.28.33.07.94

INPE : 042049858

المرجوا اصطحاب هذه الوصفة الطبية في الزيادة المقبلة

Prière de rapporter cette ordonnance lors de la prochaine consultation

PPV:164DH70

PPV:164DH70

PPV:164DH70

25,00

37,00

71,00

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 Dh
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



ص لا يتأثر بحموضة المعدة

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 CH
Bayer S.A.



قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

NOCOL[®] 20 mg

NOCOL[®] 20 mg ○

60 comprimés pelliculés



6 118000 071181

comprimés pelliculés

LOT 203810

EXP 02/23

PPV 188DH50

PHAR

voie orale

نوكول[®] 20 ملغ

سيمفاساتاتين

مصا مليسا

NOCOL[®] 20 mg ○
30 comprimés pelliculés



6 118000 071174

ل.ك. ن.ك.
AFRIC.

091460



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 29.03.21.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Abdelmajid BELHAJ
CARDIOLOGUE

Avenue Moulay Abdellah
Imm. M1, Appt. N° 4 - AGADIR
Tél: 05 28 84 52 51

Certifie que Mlle, Mme, M :

BOUKTIB DRISS

Présente

Coronopathie (stent) HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de:

3 Mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

voir ordonnance

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr. Abdelmajid BELHAJ
CARDIOLOGUE

Avenue Moulay Abdellah
Imm. M1, Appt. N° 4 - AGADIR
Tél: 05 28 84 52 51

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com