

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.

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.

Education :

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



S

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

Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006095

Optique *23508* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1461* Société : *RAGY*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *IMANE AHMED*

Date de naissance : *02-02-1951*

Adresse :

Tél. : *06 67 052 142* Total des frais engagés : *2 075,50* Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : *H.T.A. M*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *ACCUEIL*

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 : *07/06/2011*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *07/06/2011*

RELEVE 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
08/05/2021	CP+EC	1	250,00	DR. KHAADRE MOHAMMED CARDIOLOGUE 11-BU Med V ^e Etage Bureau N°16 B Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINEB Pharmacie Berchid 345 Lot 03 59 59 Tel: 062105036	08/05/2022	1825,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

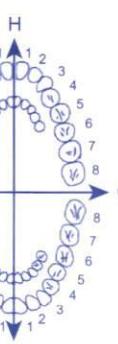
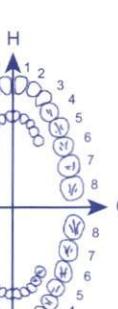
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de la

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
 Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khâda de Casablanca
 Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne
 Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II

Dr. IMANE ZINEB
 Ste Pharmacie le Grand Boulevard
 Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid
 Tel: 05 22 03 59 59
 INPE: 062105036

Mr. IMANE AHMED

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ SULIAT 160/5MG

1 Cp/J matin à

185,90 x 3

3/ KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à m

4/ SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à mi

5/ ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

6/ OFDES 20MG

1 Cp/J le soir

7/ COSTAL 40MG

1 Cp/J le soir

46,70 x 2

52,18 x 1

185,90 x 3

Traitements pendant : 3 Mois

LOT : 201417

UT AV : 10/2023

PPV : 155,90DH

LOT : 201417

UT AV : 10/2023

PPV : 155,90DH

1825,50

Ordonnance

LOT 21 653
 EXP 12/23
 PPV 185DH20

Berrechid, le :

Berrechid le : 08 mai

LOT 211653
 EXP 12/23
 PPV 185DH20

OT 21165
 XP 12/23
 PV 185DH20

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 ..

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 ..

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 ..

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 ..

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 ..

KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

6 118001 081189 ..

SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80

6 118000 060154 ..

6 118000 060154 ..

SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80

6 118000 060154 ..

SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80

6 118000 060154 ..

SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80

6 118000 060154 ..

6 118000 060154 ..

SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80

6 118000 060154 ..

SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80

6 118000 060154 ..

LOT 201590
 EXP 06/2023
 PPV 99.00DH

LOT 201590
 EXP 06/2023
 PPV 99.00DH

LOT : 201417
 UT AV : 10/2023
 PPV : 155,90DH

LOT 200711
 EXP 01/2023
 PPV 52.80DH

LOT : 201417
 UT AV : 10/2023
 PPV : 155,90DH

LOT 200711
 EXP 01/2023
 PPV 52.80DH

LOT : 201417
 UT AV : 10/2023
 PPV : 155,90DH

LOT 200711
 EXP 01/2023
 PPV 52.80DH