

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 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

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-607002

74397

Courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2785 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : DAoudi

Nom & Prénom : Abdelhamid

Date de naissance : 04.05.1957

Adresse : Bloc 04 - N° 330 Bensergao

Tél. : 0664197279 Total des frais engagés : 273,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06 61 75 30 66

Date de consultation : 10.06.2021

Nom et prénom du malade : IDD OUHE ADNA

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

Nature de la maladie : Colique néphrétique gauche

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 : 09/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-607002

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 :

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
21-04	221-2 C	1	(1500F) 7	INP: 04242471 Dr. Rachid AGADIR Médecine Générale Cité Al Houda AGADIR Tél: 06 61 75 30 66

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Rachid Agadir Rue 5 N° 539 Tél: 05 28 28 18 14	21/04/2021	123.30

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
		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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement orthodontaires, 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									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> </tr> </table>		H		D	G	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H									
	D	G								
	B									
	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							

Dr. Rachid AZAHRAI

Médecine Générale

Diplômé de la faculté
de Médecine de Rabat

الدكتور رشيد أزهرائي

الطب العام
خريج كلية الطب بالرباط

أكادير، في : 21.04.2021 Agadir, le :

patient : **ISSOUCHE FADWA**

54.10
1/ **Profenid 100 mg (injectable)**
41.70
2/ **Profenid 100 mg** 1 dose en 1 jour
27.50
3/ **Spasfon 500 mg** 1 dose en 1 jour
123.30
2 cp x 3 / jour / 3 jours

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06 61 75 30 66

RDV le :

بلوك 316C حي الهدي - أكادير Bloc C316 cité El Houda - Agadir
المحمول : 06.61.75.30.66 GSM :

ketoprofene

LOT 0789
PER 03 23
PPV 54.10 DH



← 27,50

← 41,70



Dr. Rachid AZAHRAI

Médecine Générale

Diplômé de la faculté
de Médecine de Rabat

الدكتور رشيد أزهرائي

الطب العام
خريج كلية الطب بالرباط

أكادير، في : 21.04.2021

NOTE D'HONORAIRE

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06 61 75 30 66

Le Docteur présente

à Mr/Mme **LODMUTE FRANA**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme

de : **(+1500H)**

Pour l'acte **Consultation**

medicépe

Dr. Rachid AZAHRAI
Médecine Générale
Cité Al Houda AGADIR
Tél: 06 61 75 30 66

RDV le :