

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



76900

Déclaration de Maladie : N° S19-0005219

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7501 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre : retraite
 Nom & Prénom : MAJBAR Silhame Date de naissance : 08/05/1962
 Adresse : 72 Rue OUROUD HAY RAHA 5ETG N° 30
 Tél. : 0662 135938 Total des frais engagés : 471,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/6/2021

Nom et prénom du malade : MAJBAR Silhame, Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : dermatose

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 : Casa Le : 05/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 7/6/2021 | C | 1 | # 350,- |  <i>Dr. NEJAH M. F. TOLOUSSI, PROFESSEUR EN ERGONIQUE</i> <i>Abdelmajid T. Toloussi</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE MIRABEL CAP | 7/6/2021 | 121,60 |
| INPE - 00184-12390029 | | |
| 5 Rue des Fauvettes, 10100 Paris Tél: 0512331159, fax: 0512331159 | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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

| 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 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 6 5 4 3 D G B | 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 6 5 4 3 D G B | (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

Professeur Fatna NEJJAM

Ex. enseignante à la faculté
de médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MEDECINE ESTHETIQUE
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجم فاطنة

أستاذة سابقا بكلية
الطب الدار البيضاء

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التجميل

Casablanca , le :

07/16/2024



Rue RAJBAZ

Sihane

52,00 F
Zadryl

10g le sri a 2se

17,40 x 4

Derugual

ese ie

4

2 - 4 jors → le sri

Après le sri

2,00
391 Éuviraseal spray

docteur NEJJAM
PROFESSEUR
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE
Casablanca

déboufetg vêtement + literie

203 Bd. Abdellatif Ben Badis Casablanca

Tel : 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 646983
6 118000 161295

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 646979
6 118000 161295

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 646979
6 118000 161295

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 646979
6 118000 161295