

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-643177

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1700 Société : RAN 78283
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENJENRA HASSAN
 Date de naissance : 20-06-1956
 Adresse : 64 HAJ FATH S OULFA CASA.
 Tél. : 0664 162105 Total des frais engagés : 506,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 15 JUL. 2021
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Benjena Hassan Age : 65
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + Diabète
 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 : CEA Le : 12/07/2021
 de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDF 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
			190	INP : 09126568

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/07/21 356,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

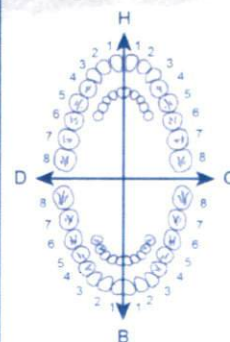
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

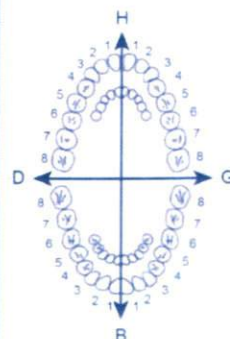
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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 L'EXECUTION

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 2021 : الدار البيضاء، في :

Benjama Hassan

19.90 x 8
Metformin 1000

1 x 2 / 1

49.40 x 4
Amep 500

356.80 x 1

ST PHARMACEUTICALS
CASABLANCA
Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 32 44 - GSM: 06 66 26 70 60

1s

1s

tit de

49,40
49,40
49,40
49,40

LOT : 20E078
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E081
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E081
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E081
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E081
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E078
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E081
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E081
PER : 11/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141