

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

- Reclamation : 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 - Tel : 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° W21-642345

ND: 81562

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8806

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAOUI Mohamed

Date de naissance : 28/08/1964

Adresse : Rue 3A/21 LOTS HORLA SIDI MOUMEN CASA

Tél : 066421166

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
| 30/06/21 | | 5 = 1 | 50 000 | INF:  DR KADA ASMAOUI MEDECINE GENERALE LOT HOUDA AV. AN: 4 TOR IMMEUBLE 11 SIDI MOUMEN CASABLANCE 2022 22 20-14 |

Dr KADA ASMA
MEDECINE GENERALE
CAYAN: 4 TOR IMMEUBLE
CASABLANCA

Dr KADA
MEDECINE GENERALE
LOT MOUDA AV. AN 4 TOR IMMEUBLE
APPT 11 SIDI MOUMEN CASABLANCA
TEL : 0522 72 70 74

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

326.2021

206, 80

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Particien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

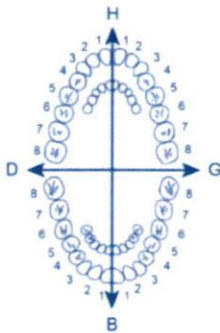
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 16. The piers are arranged in a circle, with 1 at the top and 16 at the bottom. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'D' on the left side.

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. There are four main piers on the sides, each labeled with a number from 1 to 8. The piers are arranged in a circular pattern, with the central pier at the top and the four main piers forming a square. The bridge is supported by these piers. The diagram is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بسم الله الرحمن الرحيم

Docteur Kada Agardj Asmaa

Diplômée de la Faculté
Médecine de Casablanca
MÉDECINE GÉNÉRALE
ECHOGRAPHIE
ECG
DIABETOLOGIE
GYNECOLOGIE



الدكتورة كادا أكردي أسماء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الطب العام
الفضص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
أمراض السكري
طب النساء

Casablanca le : 30/06/2020 : الدار البيضاء في

79100 = BERMANI BACHA

Amiclarin

S.V

LOT 210784
EXP 04 2020
PPV 79.00 DH

3640 fus 200

Kopax

S.V

50.52g 1/2 g

30 Stima hyfien 1000

S.V

S.P

PHARMAS
PPV : 5527
UTAV : 12.23
LOT

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C 90.90 DH

Dr KADA ASMAA
MEDECINE GENERALE
11 THOUDA AV, A N° 4 TOP IMMOUBLE
SIDI MOUMEN CASABLANCA
APPT : 05 22 72 70 14

تجزئة الهدى شارع A رقم 11 إقامة القمة سيدي مومن الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 72 70 14
Lot Houda Av "A" N° 11 Résidence Top Immoible Sidi Moumen Casablanca. Tél. : 05 22 27 70 14