

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0057346
8 3745

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 469

Société : R Am

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF KADA

Date de naissance : 1943

Adresse :

Tél. : 0611360336 Total des frais engagés : 150 + 269,60 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelham SERTI
CARDIOLOGUE
33, Rue du Yacoub (ex Soldat Jouvenel)
Bd. 11 Janvier - CASABLANCA
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

Date de consultation : 31/08/2019

Nom et prénom du malade : KADA YOUSSEF

Age : 19/10

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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 : 19/09/2019

Le : 19/09/2019

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
31/08/2011	Consultation	1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2011	266,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canaux, ainsi que le bilan

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	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والأوعية الدموية Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام السبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

31. 8. 22

280x3 Youmra Lmn
or Askani Lmn
Askani Lmn
9760x2 Reddy Lmn
266,60

27/04

Dr. Abdesselam SEBTI
CARDIOLOGUE
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)
Bd. 11 Janvier - CASABLANCA
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

97,60

97,60

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

E-mail : drsebti@hotmail.com

33, زنقة اليمن - شارع 11 يناير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70