

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.

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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 1052499

85399

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319

Société : AT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : REZKI JILALI

Date de naissance : 17-06-41

Adresse : 3 RUE 3 MAY CHENS

0670025111 CASABLANCA

Tél. : 0522 768408

Total des frais engagés : 256,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BEN SALEM Najib
Médecine Générale
N° 1 Rue My kine - Hay Boudou
Tél. : 05 38 61 35 73 - BERRANE

Date de consultation : 10/09/2021

Nom et prénom du malade : M. REZKI JILALI

Age : 80 ans

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 : 10/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

Remis le 2/09/21

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
10/09/2024	C	1	15000	

Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

Dr BEN SALEM Naïlo
 Médecin Généraliste
 N° 1 Rue 14e - 104 Avenue
 Tél.: 05 38 61 35 73 - BENSAËME

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/9/21	106,00

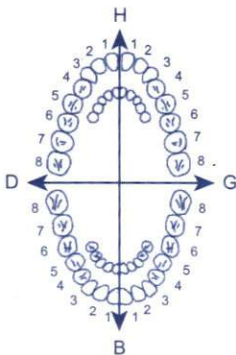
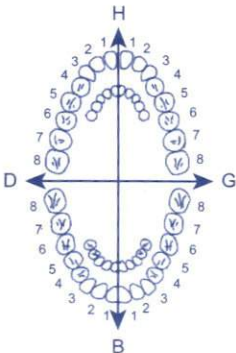
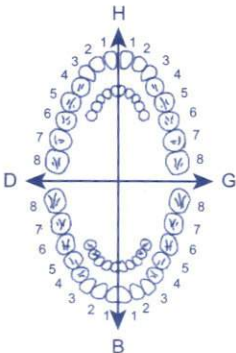
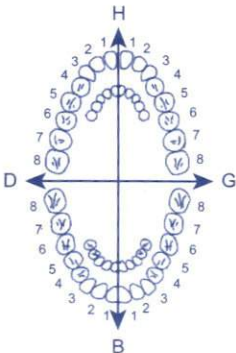
[illegible][illegible]

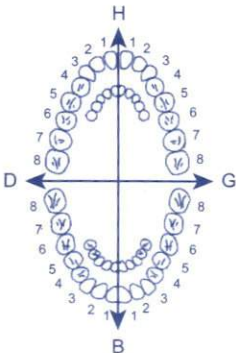
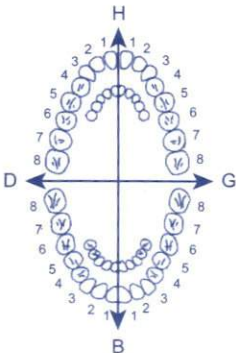
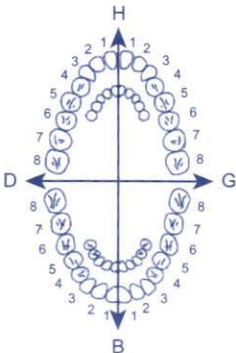
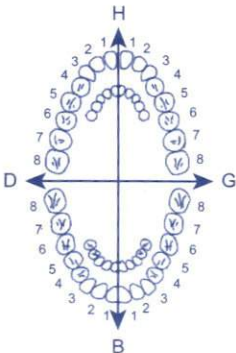
RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

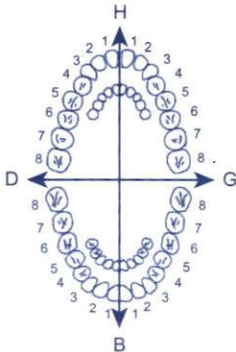
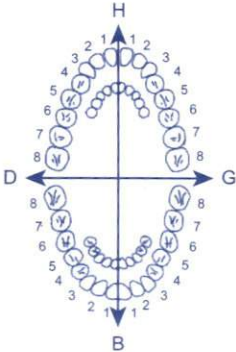
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>G</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D											
	00000000 35533411	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

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 CœFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[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 L'EXECUTION

Dr BEN SALEM Najib

Diplômé en Diabétologie
et en Echographie

Faculté de Montpellier (France)

Expert Assermenté près les Tribunaux

- Cabinet Médical -

نجيب

ج السكري

فرنسا

ر حجت لدى احكام

- عيادة طبية -

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2122

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2122

Berkane, le 10/09/2023 بركان

M. REZKEJILAL

Pharmacie MILA
283 Bd Sidi Abderrahmane
Hay Sidi Salem - C.I.L.
05 36 61 35 73 - BERKANE
BLANC: 05 36 61 35 73

④ - DOLIPRANE 1000mg/200mg/

14,00 x 2

(S.V.)

1/2 x 3/4

58,00

LOT: 047
PER: DEC 2023
PPV: 58 DH 00

② - ONDANSERON 1/8 mg/ml (titulaire)

20,00 (S.V.) 1/4 x 2/3

③ - ONDANSERON 1/8 mg/ml

106,00
Dr BEN SALEM Najib
Médecine Générale
M° 1 Rue My Idriss - Hay Boukraa
Tél: 05 36 61 35 73 - BERKANE

I 1/2 x 1
I 1/2 x 1

50,00
LOT: 2100
PER: 04/24
PPV: 20 DH 00

178, زنقة مولاي إدريس حي بوكراع - بركان - الهاتف : 05 36 61 35 73

178, Rue My Idriss - Hay Boukraa - BERKANE - Tél. : 05 36 61 35 73

GSM : 06 68 73 98 36 : النقال