

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.

Educations :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 067335

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société : 90257

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HOUSSINI HILAL Mohd Amine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061198032 Total des frais engagés : 90254 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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

- 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 : Centre Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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° W21-659698

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HOUSSINI HILAL Mohammed AMINE
 Date de naissance : 06-08-1963
 Adresse : 80 lot JAWHAR TARGA MARRAKECH.
 Tél. : 066198032 Total des frais engagés : #2219.40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DIOUR Med Jall
Neuro-chirurgien
9, Rue Imam Malek Guéliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

Date de consultation : 16-10-21
 Nom et prénom du malade : Kouroum Hounia Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : fibromyalgie
 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 : MARRAKECH Le : 23 / 10 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-659698

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6165
 Nom de l'adhérent(e) : EL HOUSSINI
 Total des frais engagés : 2219.40
 Date de dépôt :

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
14-09-19		300		Dr. DIOURNE Neuro-chirurgien 9, Rue Imam Malek Guéliz Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JAWHAR Dr. TANCUT Anne 24 Mosquée Jawhar, Jawhar - Marrakech Tél : 05 24 24 43 86	19/09/19	1919,60

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Mohamed Jalil DIOURI
Neurochirurgien
Electro-encéphalogramme

■ Spécialiste des maladies du système nerveux
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور محمد جليل الديوري
■ اختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
■ التخطيط الكهربائي للدماغ
■ خريج كلية الطب بمبولي - فرنسا

Marrakech, le : 14/10/2021 : مراكش في :

KOUHEN MOUNIA

$39,60 \times 3 = 119,40$ #hol#

- Laroxyl 40 mg / ml #16/10/2021#
5 gouttes le matin et 15 gouttes, soir pendant , 3
mois

$275,00 \times 3 = 825,00$ #hol#

- Nupentin 300 mg #16/10/2021#
1 Gélule, soir, pendant , 3 jours puis 1 Gélule,
matin, soir, pendant , 3 jours puis 1 Gélule, matin,
midi, soir, pendant , 3 mois

96,00

- Prazol 20 mg
1 Gélule, midi, pendant , 30 jours

$293,00 \times 3 = 879,00$ #hol#

- Cymbalta 60 mg #16/10/2021#
1 Gélule, matin, pendant , 3 mois

1919,40

Dr. DIOURI Med Jalil
Neuro-chirurgien

9, Rue Imam Malek Guéliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كليز - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2 - Guéliz Marrakech

Urgence : 06 61.16.36.39 : المستعجل Téléphone : 05 24.43.26.26 : الهاتف Email : mj.diouri@gmail.com

Lot No: PTC1012B
EXP: 02/2024

Lot, No: PTC1012B
EXP: 02/2024

Lot No: PTC1012B
EXP: 02/2024

Cymbalta 60 mg
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes
PPV : 293,00 DH
AMM N°206/14 DMP / 21 /NRQ
Distribué par **SOTHEMA**
B.P.N° 1,27182-Bouskoura
6 118001 070916

Cymbalta 60 mg
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes
PPV : 293,00 DH
AMM N°206/14 DMP / 21 /NRQ
Distribué par **SOTHEMA**
B.P.N° 1,27182-Bouskoura
6 118001 070916

Cymbalta 60 mg
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes
PPV : 293,00 DH
AMM N°206/14 DMP / 21 /NRQ
Distribué par **SOTHEMA**
B.P.N° 1,27182-Bouskoura
6 118001 070916

PPV: 96DH00
PER: 08/23
LOT: K827-2

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 04/24
LOT: K1127

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 02/24
LOT: K474