

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.

Diagnostique 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 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° P19- 060604

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2136 Société : 90387

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHENTOUF - ABDELHALIL

Date de naissance : 8 / 1965

Adresse : TANGER

Tél. : 06 66 28 29 54 Total des frais engagés : 964 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAKI MOHAMED
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
36, Av Prince Héritier Appl. 1
Tél. 05 39 93 73 64 - Tanger

Date de consultation : 13 / 09 / 2021

Nom et prénom du malade : CHENTOUF Abdelhak Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : A257

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 : TANGER Le : 13 / 09 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060604

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
13/09/21	Q	5	3000	

DEZAKI MOHAMED
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
36, Av Prince Héritier Appt. 1
Tél: 05 39 93 73 84 - Tanger

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

13.09.2021 PL: 664.85

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
		AM	PC	IM	IV	

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

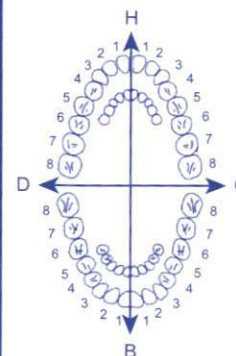
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

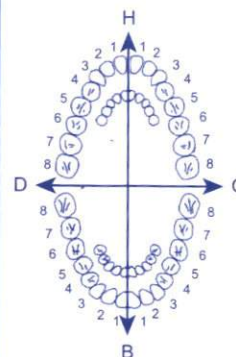
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZAKI Mohamed

Spécialiste en **Endocrinologie**
et **Diabétologie**

Glandes - Diabète - Cholestérol
Obésité - Stérilité - Goître

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Montpellier

(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور زكي محمد

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري

الغدد - السكري - الكولسترول
السمنة - العقم

خريج كلية الطب بمونبليي

(بالموعد)

Tanger, le

18/09/21

طنجة في

Ch. Ahrum Abdelhak

68.80^{x6}

007A 4 SV

21.00^{x12} 7 4 SV

Pl: 664.80

Pharmacie TAJ EDDINE
Rue Echahid Benianen n°56B
Hay Djanet - TANGER
Tél: 05 39 31 18 27

Dr. ZAKI MOHAMED
Endocrinologie et Diabétologie
36, Av. Prince Héritier Appt 1
Tél: 05 39 93 73 84 - Tanger

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

PPV 21DH00
PER 08/2
LOT J2194

68,80

LDT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

LUT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

LUT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

LDT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

LUT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

LUT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80