

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 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



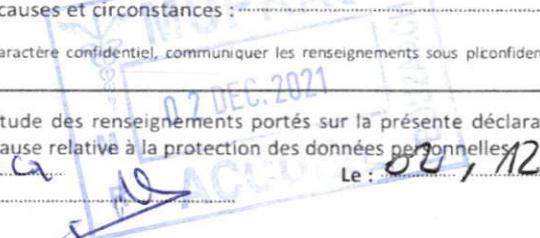
Déclaration de Maladie

N° W21-653860

94310

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 9112 | Société : Royal Air Maroc | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Bentrik Laila | | | |
| Date de naissance : 18.08.59 | | | |
| Adresse : 135 Bd Oued Sebou, Res Chorak, ouf Mian | | | |
| Tél. : 0610859294 | Total des frais engagés : 448,30 Dhs | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | | |
| | Cachet du médecin : Dr. TAZI Nasser Gastro Entérologue 38, Angle Bd Lalla Yacoub Rue El Araar Casablanca - Tél: 0522 22 29 12 INP: 091133892 | | | |
| Date de consultation : 17/11/21 | Nom et prénom du malade : El Ajjalouwi Hayat | | | |
| Age: 23 | | <input type="checkbox"/> Lui-même | | |
| <input type="checkbox"/> Conjoint | | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | |
| Lien de parenté : AFF. PROCTO | | | | |
| 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 : Casablanca Le : 08/12/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 



| RELEVE 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 |
| 17/11/2011 | Consultation | | 250 Dr | INP : 109111338992 |
| 18/11/2011 | | | | |
| 19/11/2011 | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie EL ANADEL Mme H. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél. 0524 22 22 22</p> | 17/11/2021 | <p>38, Angle Casablanca - 1000 INP: 091133802</p> <p>198,30</p> |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | H | 25533412 21433552 | 00000000 00000000 | | D | 00000000 00000000 | 35533411 11433553 | | B | B |
| H | 25533412 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | B | | | | | | | | | | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur TAZI Nasser

Diplômé de la faculté
de médecine de Nancy
Spécialiste
des Maladies de l'Appareil Digestif
Endoscopie et échographie Digestives

Sur Rendez-vous



الدكتور التازي ناصر

خريج كلية الطب ببنانسي
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير)
الكشف بالمنظار والصدى

بالموعد

الدار البيضاء في: 17 NOV 2021
Casablanca, le :

11th Hajar El Abdouni

265 sup

x) T. laevigata

19,30

1 sup x 2 est

16,00

1 aill extract x 2 est

y) lunulae N

189,00

1 c x 2 est

3)

Osmorini 18

34,00

1 sup le Jm

198,30

Dr. TAZ
Gastro EP
38, Angle Bd Lalla Yacout
Casablanca Tel:
INP: 0911

PPV
34DH00



200680
11/2023

Lot: 200680
A consommer de
préférence avant le:
PPV: 129,00 DH