

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, parodontologie 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 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 : 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° W19-596510

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03107

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AHINDAK ABDELATI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0657348440

Total des frais engagés : 17608

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAQUELAININ
Mohamed Laghdaf
Médecin Capital
Résident en Radiologie
1° CMC - CHU - ACADIR
INPE : 041230285

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LINA AHINDAK

Age : 7 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Trauma

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 : 25 / 09 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-596510

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 :

03107

Nom de l'adhérent(e) :

AHINDAK

Total des frais engagés :

17608

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
25/01/2020	Ex		35	INP : <input type="text"/>
20/20				Dr. MAOUELAININ Mohamed Tghdaf Médecin Capitaine Résident en Radiologie 1° CMC - CHU - AGADE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IFOULKI 17 Barbat 1 Lotiss. Ifoulki Melloul-Té 5.28.24.53.76	25/09/21	91,80
		ENREG. 042080317

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Médecin Colonel-Abdennasser EL KHAYAT Professeur de Radiologie Chef Service d'Imagerie Médicale 1 ^{er} C.M.C - Agadir	25/03/2021	Rv	2000,00

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

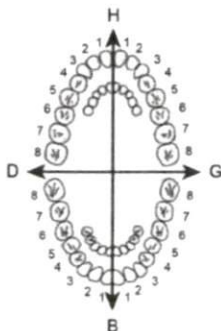
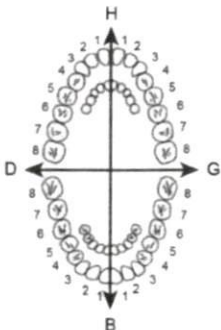
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 0000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 0000000 11433553 B </div> </div>		
[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

ROYAUME DU MAROC,
FORCES ARMEES ROYALES
ETAT MAJOR ZONE SUD
1° CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
قيادة المنطقة الجنوبية
المركز الطبي الجراحي الأول

Dr. MAOUELAININ
Mohamed Laghdaf
Médecin Capitaine
Résident en Radiologie
1° CMC - CHU - AGADIR
INPE : 041230285

12,80

1) Polipo 300 J



79,00

2) Alkal



91,80

Pharmacie IFOULKI
Lot.7 Barmat 1 Lotiss. Ifoulki
Ait Melloul-Tél: 5.28.24.53.76

Dr. MAOUELAININ
Mohamed Laghdaf
Médecin Capitaine
Résident en Radiologie
1° CMC - CHU - AGADIR
INPE : 041230285

25 SEPT 2021

PPC : 79,00 DH
Lot : BCZ35
Date de péremption :
03/2024



6 800256 121153

PPV 12DH80
PER 05/22
LOT J1455

1280


ESL 002 1 X

HOPITAL : UPCC
SERVICE :



ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
ETAT MAJOR ZONE SUD
1^o CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL

PRENOM : Lina NOM : AHINDAK
GRADE : MLE : CSA UNITE :

EXAMENS DEMANDES	REPONSE DU SPECIALISTE
<u>Faire SVP :</u> - radios de l'avant bras gauche prenant le poignet $\begin{matrix} \rightarrow F \\ \rightarrow P \end{matrix}$ + radios comparative 	+ CA

Agadir, le :

Dr. MAOUELAININ
Mohamed Laghdaf
Médecin Capitaine
Résident en Radiologie
1^o CMC - CHU - AGADIR
INPE : 041230285

25 sept 2021

Agadir, le : 25.9.2021

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
1° CENTRE MEDICAL CHIRURGICAL
REGIE DE RECETTES

QUITTANCE N° 031293

NOM ET PRENOM : LINA A HINDAR
MONTANT : Trois Cent quatre Vingt Cinq DA

	CA		75.-
un	R. AVANT Bras		110.-
	2 R. Doigt		200.-
			<u>385.-</u>

Le Régisseur :

