

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.

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

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- 0006184

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 348 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. EL-HACHOUMI M'hamed

Date de naissance : 03-08-1941

Adresse : Bd IBRAHIM SINA - Immeuble G. Hay Essalam

CASA

Tél. 05 22 36 13 88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL-HICHAMI AMINA Age : 2/1/50

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 01/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/02/22	G2		300,00	Dr Abdelmajid NASSE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Melle EL MOUMINI MOUNA Docteur en Pharmacie 7, Rue Air - Sidi Abdoune, C.I.L Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85	01/02/22	1364,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

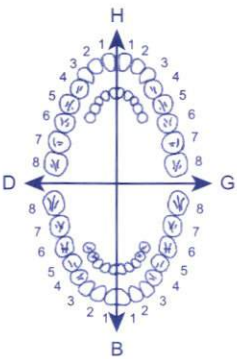
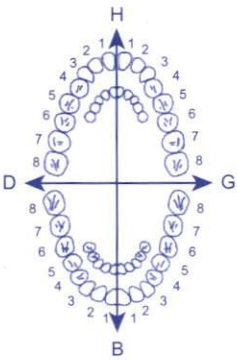
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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"> <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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelmajid NAJI

Lauréat de l'Université de Bordeaux (France)

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle

Expositions Cardio - Vasculaires

(Echocardiographie Doppler

Epreuve d'Effort - Holter)

الدكتور عبد المجيد ناجي

خريج جامعة بوردو (فرنسا)

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

والضغط الدموي

فحوصات القلب والأوعية الدموية

(الصدى الالى - الهولتر)



le 01.02.2022

M^{me} EL HICHAMI Amina

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUMEN MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

454.8
Suliat 80/5

151.6 x 3

LOT : 211298
XP : 09/2024
PPV : 57,80DH

173.4
Ladnor 10

578 x 3

LOT : 211107
EXP : 06/2024
PPV : 57,80DH

736.2
Daflm 500

122.7 x 6

LOT : 211298
EXP : 09/2024
PPV : 57,80DH

1364.40

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUMEN MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

Dr Abdelmajid NAJI
CARDIOLOGUE

Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1^{er} étage - Angle Abdelmoumen-Anwal, Casa
Tél: 05 22 25 87 08 Gsm: 0663 09 15 48

Q pour 3 mois

إقامة المولد IV رقم B15 زاوية شارع عبد المومن أنوال - 20340 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 87 08 - النقال : 06 63 09 15 48

Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1^{er} étage - Angle Abdelmoumen, Anwal - 20340 Casablanca

Tél.: 05 22 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48 - E-mail : drnaji55@gmail.com

122, 70

122, 70

122, 70

122, 70

122, 70

151, 60

151, 60

151, 60

122, 70

Don't know