

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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-442101

106865

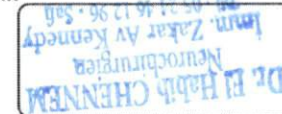
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9022 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHALIDE ADIL
 Date de naissance : 22/06/73
 Adresse :
 Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/22
 Nom et prénom du malade : KHALIDE ADIL Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : céphalées chroniques
 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 : 08/03/22
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/11/22 | C5 | | 250.000 | INP: 11111892113 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE LE CREPUSCULE 56 Lot. Massania II N° 13 CASABLANCA Tél/Fax : 05 22 96 03 47 | 26/11/2022 | 70000 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

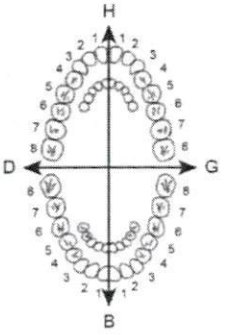
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canalaires, 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

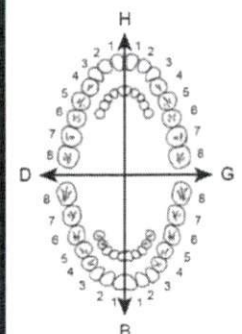
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|-------------------------|----------------------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| 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 Elhabib GHENEM
NEUROCHIRURGIEN

Spécialiste des maladies et chirurgie du système nerveux
la tête, la colonne vertébrale, la moelle épinière,

Vasculaire cérébrale (Epilepsie - Sciatique)

Adultes - Enfants

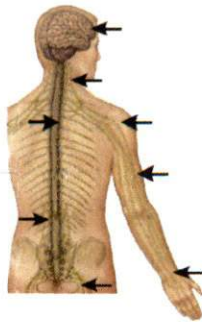
Eléctro - encéphalographie

Expert assémenté auprès des tribunaux

Ex Neurochirurgien à l'hôpital

Universitaire IBN TOFAIL (CIVIL) de MARRAKECH

Ex Neurochirurgien à l'hôpital Md V de SAFI



الدكتور الحبيب غنم
اختصاصي أمراض وجراحة الجهاز العصبي

الرأس، شرايين الدماغ، النخاع الشوكي
العمود الفقري، داء الصرع، السباتيك

الأطفال والكبار
التخطيط الكهربائي للدماغ

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن طفيل (سفيلا) مراكش
طبيب سابقا بمستشفى

محمد الخامس بأسفي

Safi le: 26 Janv 2022 أسفي في

ORDONNANCE

KHALED ADIL

ISPERID 2 mg

ANAFRANIL 20

Axiol 6 mg

LOT : 211398
EXP : 10/2023
PPV : 236,00 DH

LOT : 211398
EXP : 10/2023
PPV : 236,00 DH

LOT : 211398
EXP : 10/2023
PPV : 236,00 DH

LOT:M21134
EXP:AOU 2024
PPV:47,90 DH

LOT:M21106
EXP:AOU 2024
PPV:47,90 DH

LOT:M21106
EXP:AOU 2024
PPV:47,90 DH

LOT:M21134
EXP:AOU 2024
PPV:47,90 DH

LOT:M21106
EXP:AOU 2024
PPV:47,90 DH

LOT:M21106
EXP:AOU 2024
PPV:47,90 DH

36,70

36,70