

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-674937

117 580

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1442 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BANQOUR TOURYA

Date de naissance : 24/10/1969

Adresse : 163 KSAUR ASNE 2 MARRAKECH

Tél. : 066693575 / 0524343034 Total des frais engagés : 1311,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerktouni - Marrakech
Guéliz, Tél. C : 044 43 23 25

Cachet du médecin :

Date de consultation : 6/4/22

Nom et prénom du malade : Banqour Tourya Age :

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

Nature de la maladie : ALD

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 : Marrakech Le : 06/04/2022

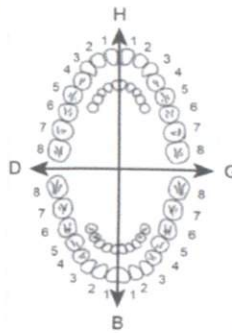
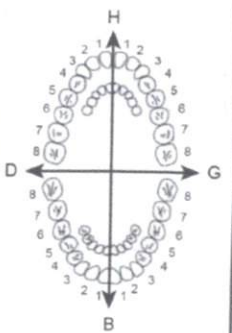
Signature de l'adhérent(e) : Banqour Tourya

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
6/4/22	CS			<i>[Signature]</i> Docteur CHERAT Mohamed 55, rue Zerktouni - Marrakech Tél: 0644 43 23 25

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Pharmacie Centrale Mohammed V - Marrakech Tél: 05 24 47 01 58	1311,80

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
		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 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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Cabinet de Consultations et d'Explorations Cardiaques

Docteur CHERAI Mohamed

Cardiologue

Diplômé de la Faculté

de Médecine d'Amiens (France)

Diplômé en Stimulation Cardiaque

Ex-Médecin Attaché au CHU d'Amiens

الدكتور الشراي محمد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والتحريك الآلي للقلب

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات أميان (فرنسا)

Marrakech, le

6/4/22

مراكش، في

B Ancœur Tauriga

(131,50x4)

789,00

Ang 80

1/0

136,50

89,20

Amlor 5

1/0

(99,00x3)

297,00

Relaxium 300

1/0

1311,80

Chen

Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéliz, Tel: C : 044 43 23 25

55, شارع الزرقطوني مدخل س. الطابق الأول على اليسار (فوق تأمينات بلكاهية) جليز - مراكش
55, Bd. Zerkouni, Entrée C. 1ère étage à Gauche (Au dessus des Assurances Belkahia) Guéliz - Marrakech
Tél. : (Cabinet) : 05 24 43 23 25 - GSM : 06 61 24 05 92

6118001030316
TAREG 80 mg ○
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 131.50 DH

6118001030316
TAREG 80 mg ○
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 131.50 DH

6118001030316
TAREG 80 mg ○
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 131.50 DH

6118001030316
TAREG 80 mg ○
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 131.50 DH

UT.AV : 04 2024 **P.P.V.**
 136 60
 LOT N° : FE 42 x 1 **136,60**

UT.AV : 04 2024 **P.P.V.**
 89 20
 LOT N° : FE 4292 **89,20**

LOT: 210411
 DLUD: 09/2024
 99,00DH
 es Deva Pharmaceutique
 Pharmicien Responsable

LOT: 210657
 DLUD: 12/2024
 99,00DH
 atoirs Deva Pharmaceutique
 UA/DI Pharmacie

LOT: 210657
 DLUD: 12/2024
 99,00DH
 atoirs Deva Pharmaceutique
 UA/DI Pharmicien Responsable