

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 - 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° W21-712508

ND
17813

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 06089

Matricule : 06089 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : THIYFA Kamal

Date de naissance : 01.01.1958

Adresse : _____

Tél. : 06.81.13.8989 Total des frais engagés : 312,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Ilham MOUSSALI**
Médecine Générale
Réd. Al Houda Imm. 03 Appt. 04
Marrakech - Tél : 05 24 33 52 20

Date de consultation : 17/05/2022

Nom et prénom du malade : BENNANI NETTAN Rahim Zohra Age : _____

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

Nature de la maladie : gastro entérale

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 : 6/6/22

Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/05/2022 | | | 160014 | INP : 071242432 Dr. Ilham MOUSSALI Médecine Générale Réd. Al Houda Imm. 03 Appt. 04 Marrakech - Tél. 05 24 33 52 20 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie CHAMA N°1 - Imm D - Residence CARICIA Hay AL Andalouss-Laksour - Agdal MARRAKECH Tél: 05 24 30 90 03 | 17/05/2022 | 212,70 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | [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

Docteur Ilham MOUSSALI

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة إلهام الموسالي

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, le : 17/05/2023، مراكش

BENNANI NETTAN Fatima Zahra.

28,10

1)

Vogalem siraf

1 CAS 301 j (X1 haut rep)

Lot:
EXP:
PPV (DH):

28,10

74,80

2)

spectrum 500

1 sep 201 j

74,80

49,90

3)

Lev euteral xcl

1 xcl 201 j

49,90 DH
Lot: I2104402
Per: 08-2023

81805408DMP/20UCAV1

30,00

4)

oedes 20 j xcl

1 xcl 1 j le m

repas po 1 sep

LOT 210580
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

Pharmacie CHAMA

N°1 Imm D - Residence CARICIA

Hay AL Andalouss-Laksour-Amerchich

MARRAKECH Tél: 05 24 30 90 03

إقامة الهدى عمارة رقم 03، شقة رقم 04 الطابق الأول تجزئة الشرف إمتداد شارع علال الفاسي - مراكش

Résidence Al Houda Imm. 03, Appt. N° 04, 1er étage Lotissement Charaf Prolongement Allal El Fassi - Marrakech

الهاتف : 05 24 33 52 20

15,30
14,60

ut c 1000 8. V
Lep 1 j
Dolipran 1/2
Lep 30 j

cp e
(2 boites)

Vita C1000®
PPV 15BH30
EXP 12/2024
LOT 1006139

212,70

Dr. Ilham MOUSSALI
Médecine Générale
Réd. Al. Ioud: Imm. 03 Appt. 04
Marrakech - Tél : 05 24 33 52 20

Pharmacie CHAMA
N°1 - Imm D - Résidence CARICIA
Hay AL Andalous - Sousse-Amerchich
MARRAKECH Tél: 05 24 30 90 03

14,60
PPV 14DH60
PER 02/25
LOT L531
S2