

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

- Reclamation : 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° W21-700957

118547

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Rehanta

Nom & Prénom :

ELASLY Mohamed

Date de naissance :

1938

Adresse :

Sidi Maouf I Rue 57 N° 80

Tél :

0667975770

Total des frais engagés :

1405,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/05/22

Nom et prénom du malade :

NOUARI SAMIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HAA / palpitations

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 :

CASA


Le :


07/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RA

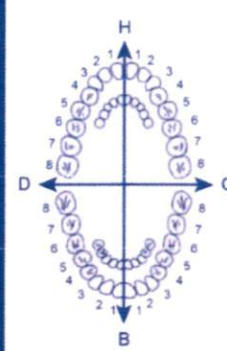
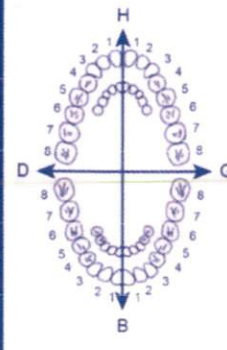
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le paiement des Actes
23/05/22	4 + E.G.		300	
			000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/22	1705,50

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			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"/>										
	<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	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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										

بيروفلو كس اسين

LOT: M0705
PER: 02/2024
PPV: 129,90DH

مضاد حيوي واسع الد

Victor Segalen Bordeaux II France

Diplômée en échocardiographie cong

Université Claude Bernard Lyon France

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al anoum roches
noires casablanca

INTXIMUM

60 mg Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V.: 92,10 DH

6 118001 020591

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Mono-Tildiem Ip300mg

gelules b28

P.P.V.: 218,00 DH

6 118001 081233

aa f

LOT

220506

EXP

02 2025

P.P.V.

60,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Mono-Tildiem Ip300mg
gelules b28
P.P.V.: 218,00 DH

6 118001 081233

lanca

- France

PHARMACIE EL ANBAR

D^r LYOUBI - RITA - Toulouse

62, Bd. Chouaib Doukkali

CASA - Tél: 05.22.28.52.99

Casablanca le:

23/05/22

M^{lle} NOUARI SAADIA

218,00x3

① Monohedliem 300, 1

218,00x3

② Cardiaspirine 100, 1

60,00

③ Mediveine 600 x 2

28,80x3

④ Sulpi 800 So, 1

129,90

⑤ Lbi p 0, 1

92,10

⑥ Jnnex 20, 1

110,00

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Mono-Tildiem Ip300mg

gelules b28

P.P.V.: 218,00 DH

6 118001 081233

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V.: 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V.: 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V.: 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV

LOT

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

إقامة الورود، الطابق 1 الرقم 112 عين الشق الدار البيضاء

Bd. ElQods Résidence les Rosiers, 1^{er} étage N°112, Ain cho

Tél.: 0522 522 530 - 0663 800 124 - Email: faresse.h1@h

Bonjour

Nous avons bien reçu votre dossier, votre demande est en cours de traitement.

Nous vous rappelons l'obligation de déposer à la Mutuelle, tout dossier envoyé par mail sous peine de rejet.

En cas de non réception de votre feuille de mutuelle et du dossier physique complet, sous un délais maximum **d'un mois après la fin de date de validité du 3 mois à compter de la date de l'exécution d'acte**, nous serons contraints de défalquer les montants déjà remboursés de vos prochains remboursements.

Cordialement.

De : Nadia Elasly <nadiaelasly@gmail.com>

Envoyé : mercredi 8 juin 2022 11:42:12

À : RFM MUPRAS

Objet : Re: DOS MALADIE 700957

[Texte des messages précédents masqué]

ID : 2205230000
Nom : nouari saadia
Sex :
Divisions:

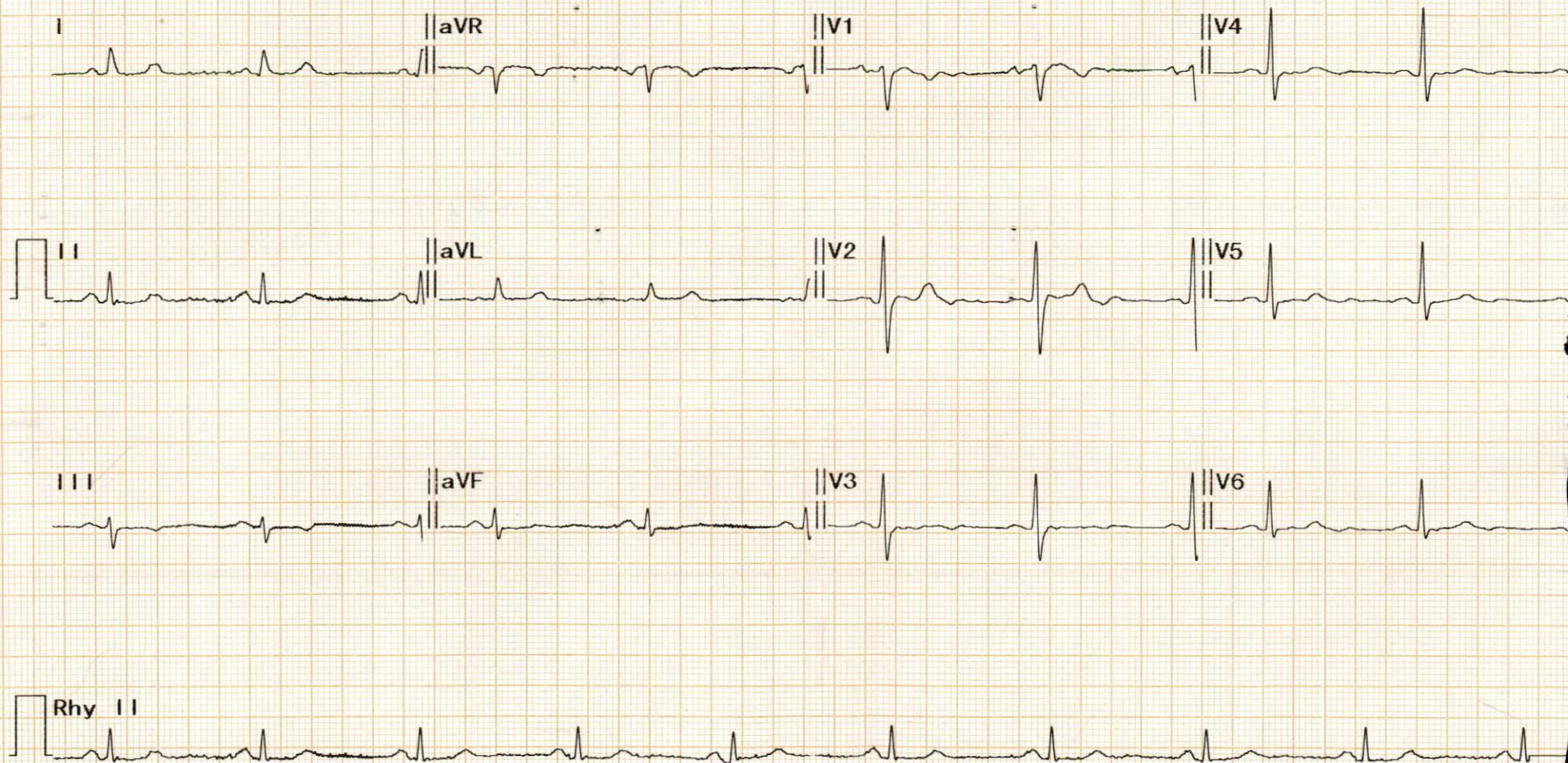
Age :
BP : / mmHg
LIT PAS.:

Hospital:
TAILLE : cm
POIDS : kg
l'hôpital NO.:

HR 59 bpm
P Dur/PR int 130/154ms
QRS Dur 92 ms
QT/QTc int 393/389 ms
P/QRS/T axis 62/11/26 °

RV5/SV1 amp 1.046/0.637mV
RV5+SV1 amp 1.683mV
RV6/SV2 amp 0.876/0.895mV

Minnesota Code
8-8-3
5-5-0 (V4)
9-4-1 (V3)
Diagnosis Info
814 bradycardie



Diagnostic de référence, demandez à votre médecin pour confirmer

AUTO PRINT 3X4+1R 58bpm 10 mm/mV 0.50Hz-25Hz AC 50Hz 25 mm/sec Confirmed By: