

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'ADHERENT

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

M22- 0007005

119883

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7712 Société : MUPRAS / RAN

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUAÏSSA AÏNIA

Date de naissance : 01/03/1961

Adresse : 7, Rue ISHAK IBN HANINE Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 767,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2022

Nom et prénom du malade : ABOUAÏSSA AÏNIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 21/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : ABAAÏSSA AÏNIA

RELEVE 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
06 JUIN 2022	CI		300,00	<i>Dr. A.F. EL KHALDI NEUROLOGUE 59, Bd Zertkoun - Casa Résidence Les Fleurs</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE N° 92044841 1st. Bd Yacoub El Mansour Tél: 05 22 25 07 74 05 22 89 35 16</i>	06/06/2022	467,60

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
 au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
 59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
 05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59 . شارع الزرقطوني - الدارالبيضاء

05 22 20 19 63 }
 الهاتف { 05 22 27 91 37

Casablanca, le : 06 JUIN 2022

Q = Monnaissa
 Amine

$\frac{22,80 \times 6}{132,80}$

Vitamine F



11 x 31



255,00.
 (2)

Alysse 75

11 x 2

39,80.

Xanax 1



= 467,60.

IV - 2 X 162

on 2 on

Dr. A.F. EL KHALIDY
 NEUROLOGUE
 Residence Les Fiel.
 59, Bd. Zerkouni - Ca.

PPV: 39DH80
PER: 03/25
LOT: L1281

Laroxyl® 50 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml

6 118001 040407

Lot.: 21F823
Exp.: 06.2024

PPV: 255DH00

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80