

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
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° M21- 080049

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1586 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELYASMINE Abdallah
 Date de naissance : 11/02/1952
 Adresse : CASA GREEN TOWN VILLAGE
 LA VILLE VERTE BOUSKOURA/CASABLANCA
 Tél. : 06 65 63 44 36 Total des frais engagés : 273 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR Abdel'ettah LAROU
Gastro Entérologue
Av. Général Sand et Bd. Stendhal, Rés. B. 100
Marrakech (T.A.C.) / Marrakech - Casablanca
Urgences : 06 37 37 30 / Tél. 05 22 25 70 14

Date de consultation : 19/04/2022
 Nom et prénom du malade : WI MEME Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète abdal
 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 : ORE

Le : 12/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
19/4/22	C2		2000	DOCTEUR Abdelkettah LAMLOU Gastro Entérologue Av. Hassan Sand et Bd. Stendhal, Rés. Bureaux 100 m. de (T.A.C.) / Maârif - Casablanca Urgences: 05 22 57 37 30 / Tél: 05 22 57 37 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JNANE CALIFORNIE Dr. FALAH Youssef 10 Pits Ta Maârif Rés. Bureaux Jnane California in Chou Tél: 05 22 57 11 12 - Casa CE: 001512678000020	19/04/2022	73,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelfetah Lahlou

SPECIALISTE

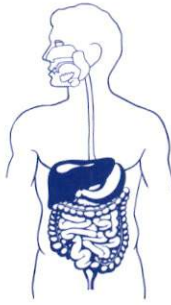
Des Maladies de L'appareil Digestif
(Estomac- Intestins...)

des Maladies du Foie

Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissure, Fistule anale)

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale



الدكتور عبد الفتاح لعلو

اختصاصي في:

أمراض الجهاز الهضمي (المعدة، الأمعاء...)

أمراض الكبد (التهاب الكبد...)

جراحة المخرج (البواسير - الدمّل...)

الفحص الداخلي بالمنظار

الفحص بالإكوغرافيا

Casablanca, le : 19.04.22. :الدار البيضاء في

MR Bel yasmine Abdellah.

29.00
1. Zyradol 50.

1 cp x 2 5j

44.00
2. Beviran fort. 500 mg

1 cp x 2

73,00

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH Youssef
0 Picta Taddart Rés Lina
Jnane California Ain Choq
Tél: 05 22 67 11 12 - Casa
ICE: 0015 12678000029

DOCTEUR Abdelfetah Lahlou
Gastro Proctologie
Angle Georges Sand et Bd. Standhal, Rés. Benber, Imm. "C", 2ème Etage, N° 91 (Près du TAC et Snack Amine)
Derb ghelef - Casablanca - Tél.: 05 22 25 50 14 - Urgence: 06 61 42 37 30

BEVIRAN FORT®
mébévérine 200 mg
Boîte de 30 comprimés

PPV : 44.00 DH

6 118000 190943

9043320

الدار البيضاء - درب غلف - (قرب طاك وسناك أمين) - جورج سند - روضة ستدال

Angle, Bd. Standhal et Av. Georges Sand, Rés. Benber, Imm. "C", 2ème Etage, N° 91 (Près du TAC et Snack Amine)

Derb ghelef - Casablanca - Tél.: 05 22 25 50 14 - Urgence: 06 61 42 37 30