

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-720912

124285

Amouni

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KANDOUH HASSAN

Date de naissance : 30/09/1952

Adresse : Lot 612 - Kenitra - Quartier SAKA

Tél. : 060 1278289 Total des frais engagés : 208,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Ladiou - Nephrologue
81, Rue LAMMANNED KACEM BIR RAMI
Tél: 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 11

Date de consultation : 30/09/2012

Nom et prénom du malade : HASSAN JALLIL

Age : 60 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : BPC de l'insuffisance cardiaque

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 : Kenitra

Le : 30/09/2012

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-720912

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

INP :
 CENTRE D'HEMODYALYSE MAAMORA
 Dr Aziza Laaleu - Naciri
 Nephrologue
 81, Rue LAMHANNES KACEM BIR BAMI
 Tél. 05 37 37 79 79 : Fax. 05 37 37 79 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AZHAROUNE
 AZHAROUNE Khaddouj
 Azharoune, lot N° 363
 AZHAROUNE, lot N° 05
 05 37 37 79 11
 30/06/22 208,50

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

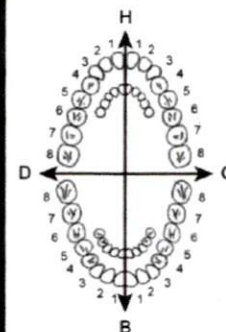
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 00000000 00000000
B 35533411 11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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

PPV 140460
PER 03/25
LOT 11031
14.60

PPV 140460
PER 12/24
LOT K3668
14.60

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSEERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 100620
TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
0 mg / Acide folique 0,350
Distribué par Cooper Pharma
rue Mohamed Diouri - Casablanca
na DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

PPV :
Exp :
N° Lot :
20,00

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري
اختصاصية في أمراض الكلى والكلية الإصطناعية
خريجة كلية الطب بباريس

Dr Fatini Jaellia

3-6-2022

- 1) SWSNOM 4 = 1/2 50/13
 - 2) Tardiferon B9 = 1/1
 - 3) Cefixime 1000 = 1/1
 - 4) Biphosphate 1000 = 1/1
- 20,00
51,60
107,70
14,60 x 2 = 29,20

AS
AS
AS
Dr. YAMLOU Khaddouj
Lot: 05 37 37 70 11
KENITRA - Tél. : 05 37 37 70 11

Dr Aziza Laalou - Naciri
Néphrologue
CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81, زقة المهندس قاسم، بشر الرامي
قرب المحكمة الابتدائية - القنيطرة
الهاتف : 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089