

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

facture :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

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.

adie 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

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.



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-511351

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 3718		Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KANDOUL Hassana 24284			
Date de naissance : 30/09/1952			
Adresse : Lot 612 Rue Saffier SAYAD Kénitra 14000			
Tél. : 06.01.27.8.289 Total des frais engagés : 133,20			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA Dr AZIZA Laglou - Naciri Cherif Boutaou			
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI			
Date de consultation : 04/06/2010			
Nom et prénom du malade : Hassna Jazouli Age : 56 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : RRC postRadiochir opérée			
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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Kenitra

Le : 04/06/2010

Signature de l'adhérent(e) :

<input type="checkbox"/> VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-511351
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 : _____	

卷之三十一

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
16/03/2023 Gynéco	gynékt	ENODIALE SANTÉ 77700 MÉDECIN ANNED KACI TANIA KACI ED KACI 05-73-37-10	INP : 01026001 Signature : [Signature]

EXECUTION BY GORE VISIBLE

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/06/22	139,20

www.orientaljewelry.com

achet et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

ALEXH **WILLIAMS**

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHESIVE

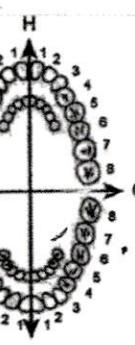
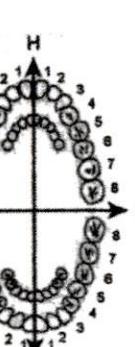
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

卷之三十一

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 d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF:												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
D.D.F DENTISTE DENTAIRE		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	26533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS											
						DATE DU DEVIS											
						DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PPV :
Exp :
N° Lot :



20,00

MORA

مرکز الناصری

6

1180011-100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51.60 DH



Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

لعلو الناصري

في مرافق الكلي والكلية الإصطناعية
خريجة كلية الطب بباريس

322084

Mr. Fantaoui

51,60

1) Tardyferon

61,60
2) Colci diure =

20,60
3) Sintomil 400g = 1/2 (40) Fr

✓ 4) Po 1 min

133,20

gallets 06-06-2022

Bg: 1/1

LOT 21016
FER DEC 25
PPV 61D H 60

61,60

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laaleu - Naciri
Nephrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tel. 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، زنقة المهند قاسم، بشر السرامي
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة
الهاتف : 05 37 37 70 11 - 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089