

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-567973

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7599 Société : ALARZ I MC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABUEL Houda WIAH

Date de naissance : 18/10/82

Adresse : Avenue ALARZ Résidence ALARZ I MC

AP 1 HAY Rind Rabat

Tél : 066102316 Total des frais engagés : 2742,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : ABUEL Houda WIAH

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Epoux

Nature de la maladie : Double hémiparésie

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 : Rabat Le : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-567973

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7599

Nom de l'adhérent(e) : ABUEL Houda WIAH

Total des frais engagés : 2742,40

Date de dépôt : 03/10/2023

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

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
22/11/2022		C	300dh	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	22/11/22	1442,40

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
		A M	P C	I M	I V	

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 : 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 : [Signature]												
				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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	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. Noussaima EL YAAGOUBI

Ancien Médecin Endocrinologue
à l'hôpital Militaire Mohammed v de Rabat
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladie Métaboliques - Nutrition
Retards de croissance de l'enfant

الدكتورة نسيمه اليغوبي

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التأخر في النمو - السمنة - الفحص بالصدى

Rabat, le 22/12/2022

ABOUELHOUDA WIAM

57,80 x 3

- Torva 10 mg

301,00 x 3 1 comprimé, soir, pendant 3 mois

- Januvia 50 mg

89,00 x 3 1 comprimé, soir au milieu du diner 3 mois

- Diamicron 30 mg Im

99,00 2 comprimés matin avant petit déjeuner 3 mois

- magmine

1 comprimé, soir 1 mois

T. 166 240

Pharmacie Kounouz
Résidence Al Arz, Imm. D.
Avenue Al Arz, Rabat - Tél.: 05 37 71 15 16

INP : 102036886

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
Spécialiste en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
Retards de Croissance de l'Enfant
Tél.: 05 37 67 09 62
INP : 10 116 73 77

LOT : 1108
PER : 10/24
PPV : 57,80 DH

PER : 08/24
PPV : 57,80 DH

PER : 10/24
PPV : 57,80 DH

P.P.V: 301,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.

AMM N° 120/14
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

P.P.V: 301,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.

Meck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

P.P.V: 301,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.

AMM N° 120/14

89,00

89,00