

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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



Déclaration de Maladie

N° W21-659188

147639

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0836	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TAMAL EDJINE
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		06.41.44.46.05	Total des frais engagés :
			649,50 DHS

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur ADDELLAH TAYB PNEUMO ALLERGOLOGUE 87 Bd M Ismaïl 95000 05 22 32 65 01			
Date de consultation :			
25/11/2023			
Nom et prénom du malade :			
TAMAL EDJINE MOHAMAD Age:			
Lien de parenté :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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.			

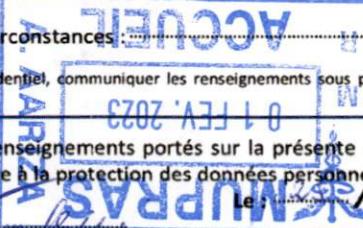
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.11.2023	ACTS	CV	250,00	INP : 0611138681  Dr. Berrach ALERGOLOG PNEUMO ALERGOLOG Il me permettait de venir à Berrach

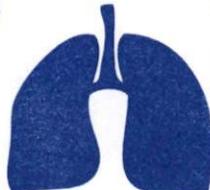
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>																					
		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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATE DU DEVIS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552			00000000	00000000			D	00000000					G					35533411	11433553					B		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"/>		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552			00000000	00000000			D	00000000					G					35533411	11433553					B																							
		H	25533412	21433552																																																	
				00000000	00000000																																																
				D	00000000																																																
						G																																															
						35533411	11433553																																														
						B																																															
		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"/>																																																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																					
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552			00000000	00000000			D	00000000					G					35533411	11433553					B																									
H	25533412	21433552																																																			
		00000000	00000000																																																		
		D	00000000																																																		
				G																																																	
				35533411	11433553																																																
				B																																																	
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"/>																																																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																					

Docteur Abdellah TAYB

Spécialiste des Maladies Respiratoires
de l'Allergie Adultes et Enfants
Ex-Médecin au Département des
Maladies Respiratoires de 20 Août
et Averroes à Casablanca



الدكتور عبد الله التائب

اختصاصي في أمراض التنفس - الحساسية
للكبار و الصغار
طبيب سابق بالمصلحة الكبرى لأمراض
الصدر بمستشفى 20 غشت و ابن رشد
بالدار البيضاء

Berrechid, le : 25 JAN 2023 برشيد، في :

جامعة ابن زهر

189,50

1/ فحوصات 900/6



210,00

1/ آنفوسك 12

→ F 399,50

PPV : 189 DH 50
AMM N° 284/17DMP/21/NNP

N° Lot : 2YU004
Fab. : 05/2022 P.P.V. 210.00 MAD (Dhs)
Per. : 05/2024



Pharmacie 2000
Docteur Kadi L. Zineb
22 bd Mohammed V - BERRECHID
022.63.36.06

Signature of Dr. Abdellah Tayb
Docteur ABDELLAH TAYB
PHLEUMO - ALLERGOLOGUE
87 Bd M Ismaïl Berrechid
05 22 32 55 01

87, شارع مولاي إسماعيل - برشيد - الهاتف : 05.22.32.55.01

INP : 061133435 / ICE : 001918090000064

87, Boulevard Moulay Ismail - Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.55.01 - GSM : 06.61.79.02.05