

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° W21-783048

9395

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9395 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : D.V. 147545

Nom & Prénom : NASSI HICHAM

Date de naissance : 13 M 67

Adresse : 7 Ave 11 Reso Jura MAZOLA CASA

Tél. : 06 66 35 1749

Total des frais engagés : 682,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 JAN 2023

Nom et prénom du malade : NASSI HICHAM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casa Le : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 JAN 2023 | C | | 2000 | 091069696 |

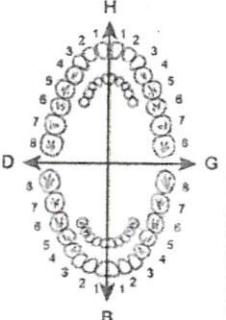
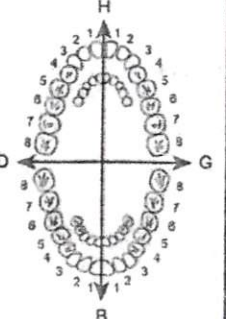
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE POLYCLINIQUE DR TIBI 022 90 21 67 - CAS | 19/01/23 | 482,70 |

| 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.

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|---|---|--------------------|-------------------------|--|
|  |  | H 25533412 21433532 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | MONTANTS DES SOINS | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | MONTANTS DES SOINS | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | DATE DU DEVIS | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | |

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 19 JAN 2023 : الدار البيضاء، في :

Mr Nassir HICHAS

160,90x3



IRPHI 300

482,70

385

PHARMACIE POLYCLINIQUE
DR TIK ADOUR
212 90 97 66
68, Rte Moulay Thami - Hay Hassani - Casablanca

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
(قرب مسكن في)
طريق مولاي التهامي - الدار البيضاء
مازولا - الحي الحسن - 022 90 70 88 - الهاتف
2 90 97 66

LOT : 065
PER : JUN 2025
PPV : 160 DH 90

LOT : 064
PER : JUN 2025
PPV : 160 DH 90

LOT : 065
PER : JUN 2025
PPV : 160 DH 90

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسن - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com