

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

M22- 0025640

157359

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ret
 Nom & Prénom : HASNAOUI FATIMA
 Date de naissance : 28.08.60
 Adresse : 3, Rue ABOL DABI Mers-SULTAN / CO-501
 Tél. : 0668463996 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30.12.2022
 Nom et prénom du malade : Me HASNAOUI Fatima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H-TA - Dyslipidémie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : / /
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/12/22 | | 3 | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture

30/12/22 519,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

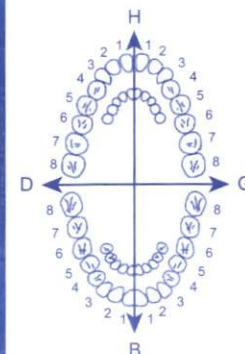
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 30 décembre 2022

Mlle HASNAOUI FATIMA (62 ans)

HYTACAN 8 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

TAHOR 10 mg
1 le soir

KARDEGIC 75 mg
1 PAR JOUR SANS ARRET

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd LEBBAR
Pharmacien
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CASS : 1161841 - IF : 300530 - Patente N° : 3430326
ICE N° : 001897771000045
INPE : 092049261

Docteur ALI EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF ALI
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE005
PER : 03 2024
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE008
PER : 09 2024
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE007
PER : 06 2024
6 118000 061847

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21 NRQ P.P.V : 94,70 DH
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21 NRQ P.P.V : 94,70 DH
6 118001 020881

UT. AV. : 06 25 P.P.V
LOT N° : 79 00
6 J 8599

UT. AV. : 06 25 P.P.V
LOT N° : 79 00
6 J 8599

UT. AV. : 06 25 P.P.V
LOT N° : 79 00
6 J 8599