

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-434783

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 5459

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHOUI DRISS

Date de naissance :

21/10/1958

Adresse :

LOT 8 SAFSAF N° 63 MARRAKECH

Tél. : 06 19 83 21 07

Total des frais engagés :

22.000

2019

318 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/07/2019

Nom et prénom du malade :

CHAHOUI Salma

Age : 78 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bonheur et Ayat

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-434783

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 : 5459

Nom de l'adhérent(e) : CHAHOUI

318 DH

Total des frais engagés :

22/07/19

RELEVE 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
10/11/19	e	1	100,00 Dhs	INP 07108404 DR BOUALAH Abdelaziz Diplôme N° 001032100059 Date 05/03/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Aïcha El FEKARI Hamza Dr. En Pharmacie Lot. Targa 368 Hay El Hassani Marrakech - Tél : 05 24 34 33 46	15/11/19	218.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 21433552 00000000 00000000	
D	00000000 00000000 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
G		DATE DU DEVIS
B		DATE DE L'EXECUTION
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR BOUALAM Abdelaziz

Diplômé En Echographie Générale
De la Faculté de Montpellier

Médecine Générale

Expert Assermenté Prés les Tribunaux

الدكتور بوعلام عبد العزيز

جاز في الفحص بالصدى الصوتي
من كلية الطب بمونبولي

الطب العام

خبير ملحق لدى المحاكم

Marrakech le : 10/7/19 مراكش في

CHAHADA Salma

163,40

1/ Monozclar 500 mg

38,80

2/ Fluibron 0,3%

38,80

3/ Doliphar 10

218,00

Pharmacie Al Hamza
Rue El Hamza
348 Hay El Hassam
Marrakech - Tel: 05 24 34 35 66



Fluibron® 0,3%
Ambroxol

LOT 1022
P+R 1/21
PPV 8/04/20

PPV 15/04/20
PER 01/22
LOT 1022
S2
ASR

Dr. BOUALAM Abdelaziz
Diplômé en Echographie Générale
ICE N°: 001679211000016
INPS: 01030209

Adresse : 119, Rue Mohammed El Beqal Marrakech – Guéliz . Tél : 05-24-44-65-42

Email : boualamabdelaziz@gmail.com