

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Siège social : 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 : Nº P19- 0003560

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance :

04/07/1954

Adresse : Sot Camilia Rue 2 n°43 Hay Khemat

Tél. : 06 62 01 11 71

Total des frais engagés : 685,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2019

Nom et prénom du malade : SLAMNI Rachida

Age : 65

Lien de parenté : Lui-même

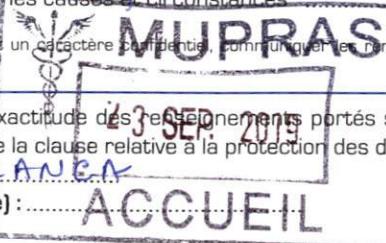
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident précisez les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : CASABLANCA

Le : 14/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

slamni

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
14/09/19			150	Docteur O. B. Diabète - Endocrinologie - Nutrition 243 Bd Ahmed Ben Ali - 3ème étage - Casablanca tel : 05 22 86 41 00 - 05 22 86 56 34 Imm. Morjana

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MURAILLE SAINT-GENIS DES FONTAINES	14/01/15	435,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'OD.

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	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'E

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 14/09/2019

29.00 X 3
102.00
58.30

TAHOR 10 mg

1 comprimé le soir (pendant 03 mois)

BIRODOGYL

1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 07 jours)

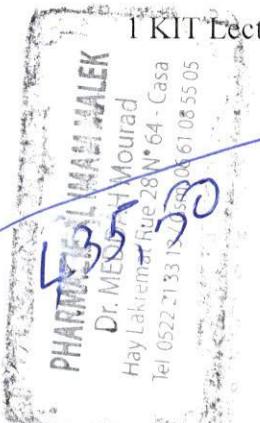
SOLUPRED 20

3 comprimés le matin (pendant 05 jours)

SICCAFLUID 2,5 mg

1 application matin et soir (pendant 01 boite)

1 KIT Lecteur de Glycémie



Mme SLAMNI Rachida

TAHOR 10 mg
Boîte de 28 comprimés

Lot : 1275987
Date Fab : 05 / 2019 Date Exp : 04 / 2022
PPV 79,00 DH

TAHOR 10 mg

Boîte de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab : 05 / 2019 Date Exp : 04 / 2022
PPV 79,00 DH

TAHOR 10 mg

Boîte de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab : 05 / 2019 Date Exp : 04 / 2022
PPV 79,00 DH

BIRODOGYL
CP-PEL B15

P.P.V : 102DH00

6 118000 0660567

58.40

Solupred® 20mg

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : J. Cheikh Lahou

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Appt. N° 4, Casablanca
Tél : 05 22 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 14/01/19

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Djalil Oussa

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M:

Schmali Rachid

Présente

Dalil + Sjouha Jemaa

Nécessitant un traitement d'une durée de:

03 mois

Dont ci-joint l'ordonnance.....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76

*Docteur Oussa TAZI
Endocrinologie - Nutrition
293 Bd. Abdellatif Ben Imm. Moriana,
2eme étage, APPN N° 4 - Casablanca
Tél: 05 22 86 56 34*

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com