

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 rééducation.
- 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 : 22, rue de la Liberté, 20000 Agadir, Maroc. Téléphone : 0522 89 75 38. Fax : 0522 89 75 39. Email : contact@mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-427041

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 4925 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : HACHIM ABDALLAH

Date de naissance : 08/03/1961

Adresse : JARDIN OUM RABII GR 10 EC MO 101
EL OULFA CASABLANCA

Tél. : 0687626293 Total des frais engagés : 467,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 OCT 2019

Nom et prénom du malade : MESSAoud Yamna Age : _____

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer des renseignements confidentiels 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 : 2019 CASABLANCA le : 14/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
14 OCT 2019	9	1	200 DH	INP : 091169299 الدكتور المرواني مصطفى إخصاص في أمراض وجراحة الفم 51 شارع واد دوعمة الأضواء، الدار البيضاء الهاتف: 0661 31 15 58 - 0522 89 75 56

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARIAGE 0522 89 75 56 0661 31 15 58 14/10/19	14/10/19	267,77

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser le dent traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
					MONTANTS DES SOINS []											
					DEBUT D'EXECUTION []											
					FIN D'EXECUTION []											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533410 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000 G 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533410 21433552		00000000 00000000		D 00000000 G 00000000		05533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H															
	25533410 21433552															
	00000000 00000000															
	D 00000000 G 00000000															
	05533411 11433553															
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

STERDEX pommade ophtalmique
 Dexaméthasone 0,267 mg /
 Oxytétracycline 1,335 mg
 PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ
 338R1/17 DMP/21/NRQ
 Distribué par COOPER PHARMAS
 41, rue Mohamed Droui, 20 110 Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

Mustapha

TE
UX

lancy - France

الدكتور الشرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
 تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بناتسي-فرنسا
- طبيب سابق بالقنوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le

14 OCT 2019
 إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
 51, شارع واد درعة القديس الأنفة، الدار البيضاء
 الهاتف: 0661 31 15 58-0522 89 75 38

MESSAOUDI

Yamna

pommade

26,40
 ① Sterbox

1 aplsoir →

77,10
 ② Dexa free

10tt 6 fl →

164,2
 ③ Cosopt

10tt 4 matm
 soir →

267,70

PHARMACIE NASRI
 Dr. Rachid NASRI
 Dr. Rachid Nasri Communica
 78bis, Bloc 2 Cité Communale
 Hay Hassani-Casa
 Tél. 022 93 28 74

الدكتور الشرواني مصطفى

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
 51, شارع واد درعة القديس الأنفة، الدار البيضاء
 الهاتف: 0661 31 15 58-0522 89 75 38

0522 89 75 38 - الهاتف : 51, شارع واد درعة القديس الأنفة، الدار البيضاء
 51, Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél. : 0522 89 75 38