

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 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° W19-438936

Dos n° 10927

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4813 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENJELLOUN AKHAMA SAAD
 Date de naissance : 01/04/54
 Adresse :
 Tél. : 0678025601 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Laïla LAALOU ALAOU
Chirurgie - Cancérologue
4, Av. Mohammed VI - Bab Agdijab - Rabat
Tél : 0537 21 21 5 - GSM : 0661 19 98 84
INF : 1011 0 - Patente : 25109331
IGR : 3417 44 - CE : 001706860000062

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, les renseignements sont fournis 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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement
5/11/19		K20	2500 dh	IMP : <input type="text"/>
	Frais clinique		1061,61 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<p>Dr. Laïla ALAOU ALASSI Chirurgien Oculiste 4, Av. Moulay El Moubtarr de la Faculté Tél: 0537 26 33 26 - GSM: 0661 19 98 84 UNP: 101101095 - Patente: 25109331 IGR: 34177044 - ICE: 00170686000062</p>

[illegible]

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The arch is supported by the piers. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'A' on the right.

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



le 15/11/19.

Mr Saad Dakhoua Benjelloun
Lésion de la face interne de l'œil G.
CRO.

- AS Ah.
- Incision circonscrivant la lésion
- Excise large.
- Hémostase
- fermeture en 2 plans.

A Laalou

Laïla LAALOU ALAOU
Chirurgien Cancérologue
Moulay Slimane, Appt. 4 - Rabat
27 26 33 26-GSM: 0661 19 98 84
101101095 - Patente: 25109331
34177044 - ICE: 001706860000062

CLINIQUE AGDAL

MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal

F A C T U R E

N° Admission : 19K150908

N° 8 487 / 2019 du 15/11/2019

Nom patient	BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD	Entrée 15/11/2019	Sortie 15/11/2019
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BLOC OPERATOIRE	20,00	k20	25,00	500,00
SEJOUR PATIENT	1,00	SE	325,00	325,00
			Sous-Total	825,00
PHARMACIE	1,00		236,61	236,61
			Sous-Total	236,61
Total Frais Clinique				1 061,61
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. LAALOU LAILA (chirurgie generale)	1,00	K20	2 500,00	2 500,00
			Sous-Total	2 500,00
Total prestations externes				2 500,00

Total général		3 561,61
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS MILLE CINQ CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES		

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	2 500,00	1 061,61	3 561,61	0,00

CLINIQUE AGDAL - ONI 123
6, Place Tahla Agdal - RABAT
Tél: 05 37 77 77 77 - Fax: 05 37 67 77 11/12/13
Tél: 05 37 67 77 11/12/13
Tél: 05 37 67 77 11/12/13
Tél: 05 37 67 77 11/12/13

Reçu de caisse

N° : 1911151433260460 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
19K150908	BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD	15/11/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		2 500,00
PAYANT	Total payé	2 500,00
DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : NOURDDIN

CLINIQUE AGDAL
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Tél : 05 37 77 77 77 / 05 37 77 77 77 (L.G.)
Fax : 05 37 67 77 77 / 05 37 77 77 77 (L.G.)
Taxes prof: 25736004 / In. fiscale: 63330509
C.N.S.S 2200093 / I.C.E 001651979000067

Reçu de caisse

N° : 1911151437390460 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
19K150908	BEN JELLOUN DAKHAMA SAAD	15/11/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		1 061,61
PAYANT	Total payé	1 061,61
MILLE SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE ET UN CENTIMES		

Reçu établi par : NOURDDIN

CLINIQUE AGDAL
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Tél : 05 37 77 77 (L.G.) 05 37 67 77 77 (L.G.)
Fax : 05 37 67 77 77 (L.G.)
Tél. prof : 25738001 / Tél. fiscale 03330309
C.N.S. 220099 / 1112 00165797900067