

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

- 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 : 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

N° W19-450220

N° 1130

ALD

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED
 Date de naissance : 11 / 12 / 1943
 Adresse : 256 Bd BORDEAUX CASABLANCA
 Tél. : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés : 30660 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BAZI' B LAHILA
 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, 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 : CASABLANCA Le : 08 / 12 / 2019
 Signature de l'adhérent(e) :

06 DEC. 2019

15

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur My. TOUSSAULT 130, Boulevard My. TOUSSAULT CASABLANCA - Tél: 05 22 22 22 25	05/12/19	306,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le 23 OCT 2019 في الدار البيضاء،

BAZIR Lahila

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA84430 PER: 11-2020
PPV: 236,00DH

PHARMACIE
Salma CHERIF
Docteur e
135, Boulevard
Youssef
JUSSE
ZAZANE

LOT: PA81219
PER: 10-2020
PPV: 196,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 57DH30

6 118000 060482

6 118000 060482

ARTANE 5 mg
CP B20

P.P.V: 13DH30

6 118000 060314

6 118000 060314

75, Rue TAHA Houcine (Ex. Galilée) - Quartier Gauthier - Casablanca 75, رنقة طه حسين (كلي سابقا) حي كوتبي - الدار البيضاء

Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49

الهاتف : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - الفاكس : 0522 27.41.49

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA, CHERIF D'OUAZZANE
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° CNSS : 6387733

N° ID.F. : 40100310

N° ICE 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

BAZIB LAHILA

I.C.E. :

Le : 05/12/2019

FACTURE N°: 6034/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ARTANE 5 COMPS/20	13,30		13,30
1	ISPERID 2 MG 60 CPS	236,00	7	236,00
1	NOZINAN.100 COMPS/20	57,30	7	57,30

TVA 7%: 19.19

Total : 306,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
TROIS CENT SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My. Youssef
72000 CASABLANCA
Tél : 022222725
Fax : 022480768