

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

Déclaration de Maladie

N° W19-429888

Maladie ☒ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre** ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1183**

Matricule : **1183** Société : **HABACH Mohamed**

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **HABACH Mohamed**

Date de naissance : **01/01/1948**

Adresse : **100 Rue Brahim Nakhai, Maarif Oujda**

Tél. : **0661133679** Total des frais engagés : **1444,80 dh**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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, 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

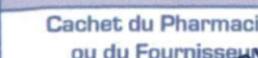
Le :

Signature de l'adhérent(e) :

16/12/2019

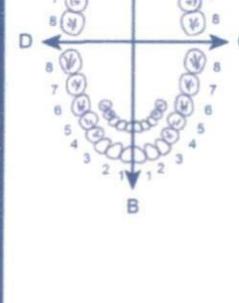
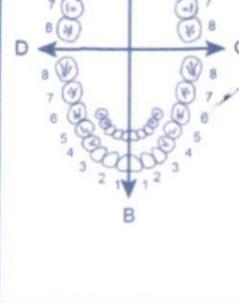
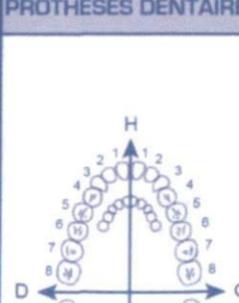
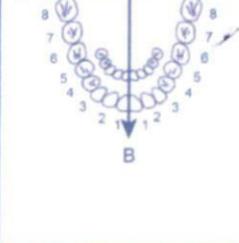
VOLET ADHERENT

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [][][][][][][][][][]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE LA BRISE Rue Abou Abbas Al Azfi Mâarrif - Casablanca Tél: 05 22 99 07 10 05 22 99 07 03</p>	12/11/19	1444,80 DA

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Soins Dentaires		Dents		Soins		Dents															
Traitées		Soins		Traitées		Soins															
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
						MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D	G																		
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010



Facture N° 20191213-583

Date de vente : 12/11/2019
Médecin traitant :

MOHAMED HABACHI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
KARDEGIC ST 75MG B30 SACHETS	2	30,70	Exonéré (0.00%)	61,40
NEBILET CO 5MG B28 COMP	1	162,60	Exonéré (0.00%)	162,60
EXFORGE HCT CO 5/160/25MG B28 COMP	3	361,00	Exonéré (0.00%)	1 083,00
FLUDEX CO 1.5MG B30 COMP	2	68,90	Exonéré (0.00%)	137,80

LOT : 9MA046
PER.: 08 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 9MA046
PER.: 08 2020
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 162DH60

6118001030972
EXFORGE HCT
5mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

6118001030972
EXFORGE HCT
5mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

6118001030972
EXFORGE HCT
5mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

Total HT	1 444,80 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 444,80 DHS

Je certifie la présente facture à la somme de : mille quatre cent quarante-quatre DHS et quatre-vingts centimes

PHARMACIE LA BRISE
38, Rue Abou Abbes Al Azzi
Mâarif - Casablanca
Tél : 05 22 99 07 10
Fax : 05 22 99 07 03

68,90

68,90

ICE : 001688166000012
Tel : 0522990710/0622927010