

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

- 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 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° W21-786698

154875

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11762 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERCHID YOUSSEF
 Date de naissance : 16 NOV 1974
 Adresse : 8, AL NAWAR Rue Ibn Batouta EL Jadida
 Tél : 0638768626 Total des frais engagés : #651,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALYOUNE Mina
Hepato Gastro Enterologue
Proctologue
52, Bd Zerkouni, Casablanca
Tél: 05 22 27 57 51 / 52 51 56 - IMPR: 05 22 00 90 50

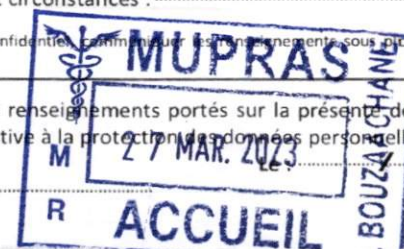
Date de consultation : 22/03/2023
 Nom et prénom du malade : M. BERCHID YOUSSEF Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : suppurati - anal post
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, l'adhérent s'engage à transmettre 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 : /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

22/03/2023	Procédure	#400,00	251,60	INP : 092037647 DR. ALYOUNE EL ALAOUA Hepato Gastro Entérologie Proctologie Hopital Zerkouni, Casablanca Tel: 21 57 51/66 - FAX: 091069030
------------	-----------	---------	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP: 092037647 DR. ALYOUNE EL ALAOUA Hopital Zerkouni, Casablanca Tel: 21 57 51/66 - FAX: 091069030	22/03/2023	251,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

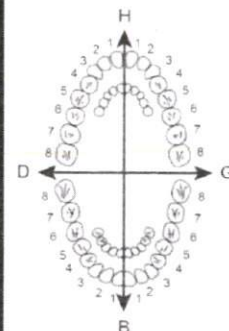
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

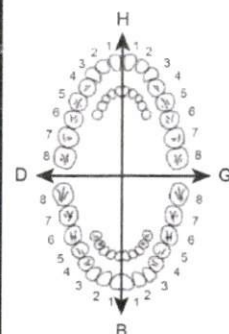
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXECUTION

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales...)

Fibroscopie Digestive, Echographie

Consultation tous les jours

CLIR RENDEZ-VOUS



أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلية بالدار البيضاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجراحة البواسير

علاج المخرج (البواسير والدمل)

الفحص بالمنظار الداخلي وبالصدي

.....

بالموعِد

الدار البيضاء، في

22 mars 2023

Mr. BERCHID Youssef

HEMOFAST SUPPO

[Qte : 2]

1 suppo , 1 fois/ jour le soir

FUCIDINE POMMADE

1 application matin et soir

SEPCEN 500 MG [Qte : 2]

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

DASEN

2 comprimés, 2 fois par jour, après repas

Dr. ALYOUNE Mina
Hepato Gastro-Entérologue
Proctologue
Berkouni, Casablanca
06-INPE:891009

ALYON
 Hepato Gastro
 Proctologie
 52, Bd Zerkouni, Casablanca
 Tel: 05 22 27 57 51/56 - INPE: 09 1009050

2 27 57 51 - E-mail : alyounemina@gmail.com