

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

- Reclamation : 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° W19-508149

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11004 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MERABI NEJLA

Date de naissance : 26 oct 1977

Adresse : 6 Rue de la mutualité - Roanne
CASA BLANCA

Tél. : 06 61 31 97 60 Total des frais engagés : 478,49 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur EL OUAZZANI Tam**
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétologie
75, Bd Massira Al Khadja - Casablanca
Tél: 0522 99 62 76 Fax: 0522 99 62 74
Tél: 0522 99 62 76 Fax: 0522 99 62 74

Date de consultation : 17/10/2020

Nom et prénom du malade : MERABI NEJLA

Lien de parenté : ☐ Membre ☐ Compagnon ☒ 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/10/2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd(e)c(e)n(e) attestant le Paiement des Actes
6/12/2020		3	300	Professeur EL OUAZZANI Dermato Vénérologie Dermato Allergologie Dermatologie Esthétique Cosmétique Lasers 75 Bd. Massira A Khayat Casablanca Tél: 0522 99 62 7576 - Fax 0522 99 62 INP: 091152389

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr BENCHERROUN L. 63, Bd. Massira Al Khrouf Tél: 05 22 22 22 22	14/12/2020	178,49

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

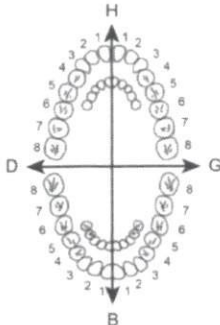
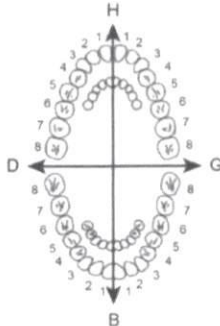
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser

الأستاذة الوزاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
والأمراض التناسلية الحسية
وعلم التجميل

Casablanca, le :

6. 12. 2022

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétique Lasers
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 74 - Fax: 0522 99 62 74
INP: 091152389

178,45
190lutea
sapp / i

MOLUTREX
5% هيدروكسيد البوتاسيوم

المواضع: علاج مرض الحساسية الجلدية، يحفظ بعيدا عن مراهق و متناول الأطفال. يحسن المنتج في وضعية عمودية. يحفظ في درجة حرارة الغرفة (ما بين 15 و 25 درجة حرارية مئوية). يجب إغلاق القارورة جيدا بعد الاستعمال.

لأسباب أمنية، تم ملء القارورة بكمية 3 ملل من المحلول

يجب قراءة النشرة الداخلية بانتباه قبل أي استعمال.

صنع في فرنسا

Flashez-moi

Tutoriel vidéo

Video tutorial

Scan me

PHARMACIE AL AZIA
Dr. BENCHEKROUN Driss
63, Bd. Massira Al Khadra
Tél: 05 22 99 62 74 - Casablanca

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Cosmétique Lasers
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 74 - Fax: 0522 99 62 74
INP: 091152389

75، شارع السيرة الخضراء - الطبيب الأول يسار - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 99 62 75 / 76 - الفاكس : 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@gotmail.com