

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

- 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° W21-670417

104050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8218

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HMANI SAID

Date de naissance : 03-10-1968

Adresse : Hay Essalam, Hay Chams, Rue N°3, Moussan N°11

Tél : 0661235904

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2021

Nom et prénom du malade : Kafel Hmani

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Casa

Le : 10/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Stamp]

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/20	956 16 0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

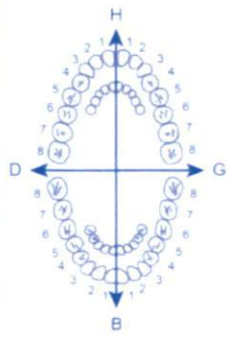
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				DEBUT D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				FIN D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

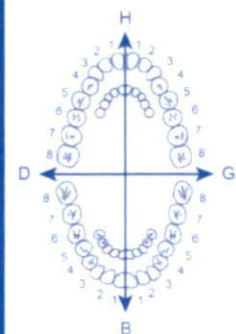
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Dr. LAAREJ Hanane

Professeur Assistant en
Pneumologie, Allergologie

Adultes et Enfants

Sevrage tabagique

Ronflement et apnées du sommeil

Examen du souffle, Echographie

Branchoscopie, Tests d'allergies



الدكتورة لعرج حنان

أستاذة مساعدة في أمراض
الجهاز التنفسي و الحساسية

صفار و كبار

الإقلاع عن التدخين

الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

إختبارات التنفس و الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار, إختبارات الحساسية

Casablanca

الدار البيضاء في :

79.70x2

56-30

40,90

256.60

→ Nitro

119, Bd Abdelmoumen, Devant la station de Tramway, 6ème étage, N° 41
Tel.: 0522 22 02 03 / E-mail : hanane_laarej@hotmail.com

Dr. LAAREJ Hanane
Pneumologie, Allergologie
119, quartier des hôpitaux,
6ème étage
Boulevard Abdelmoumen, 1566
INPE 091181566

Dr. LAAREJ Hanane
Pneumologie, Allergologie
119, quartier des hôpitaux,
6ème étage
Boulevard Abdelmoumen, 1566
INPE 091181566

P.P.V.
79 70
P.P.V.
79 70

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

ZINASKIN® 45 mg
PPV 40DH90 EXP 07/2024
LOT 15038 48
20 comprimés effervescents

119, شارع عبد المومن تقاطع سومية أمام محطة الطرامواي, الطابق السادس, رقم 41. الدار البيضاء