

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-473252

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11696 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SAOUD Jamal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667809609 Total des frais engagés : 395,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed BOURMANI
20, Angle Rues Ibn Khalouya, Rue Madrid
Mers Sultan - Casa - Tél. : 0522 22 81 13
Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E. : 001698214000025

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2019

Nom et prénom du malade : N° SAOUD Jamal Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : fébrile + ischémique

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 : 14/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
14/10/19	C		150 dhs.	INF : 091038133 Dr. Mohamed BOUR 20, Angle Rues Ibn Khaloua, Rue Mers Sultan - Casa - Tél. : 0522 2 0522 77 81 14 - I.C.E. : 001698

Dr. Mohamed BOURMANI
20, Angle Rues Ibn Khallouva, Rue Madrid
Mers Sultan - Casa - Tél. : 0522 22 81 13
Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E. : 001698214000025

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/19	245,20

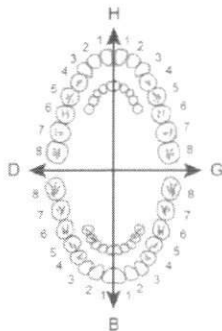
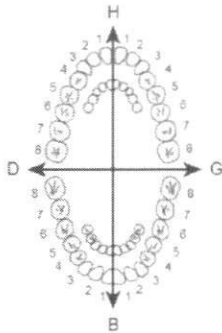
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

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 <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed BOURMANI

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Ancien Attaché de Cardiologie
du C. H. d'Argenteuil - Paris

MÉDECINE GÉNÉRALE

Aut. n° 4930 - Patente n° 34450291

20, rue Ibn Khalouya (ex. La Haye)
angle rue de Madrid, Mers Sultan
Casablanca

Tél : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 22 81 14

I.C.E : 001698214000025

M. SAOUD Jawad

الدكتور محمد بورماني

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابقا في أمراض القلب
بمستشفى ارجانتوي - باريس

الطب العام

رخصة 4930 - بناتنا 34450291

20, زنقة ابن خلوية - زاوية زنقة مدريد
مرس السلطان - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 81 13 - الفاكس : 0522 22 81 14

Casablanca, le

14/10/2019

58,40

1) Solupred 20
28 disp / ant
reps 6

58,40

2) Doliprane 1000
18 eff 8h

15,80

PPV 15 DH 80
ER 07/22
OT 11598

3) Azix 500

79,70

79,70
PPV 79 DH 70
PER 05/22
LOT 11251

4) Ventoline aerosol
1 dose avant
troupe n br

45,12

46,00

5) Digetine

1 dose avant m-c m

245,20

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

46,00

Dr. Mohamed BOURMANI
20, Angle Rues Ibn Khalouya, Rue Madrid
Mers Sultan - Casa - Tél. : 0522 22 81 13
Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E : 001698214000025