

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 : 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° W19-528787

MS 24350

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *036M* Société : *RAM*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *BASSIME AHMED*

Date de naissance : *25-11-1962*

Adresse : *Résidence AL WAHDA, BERRECHID*

Tél. : *06 73 71 74 52* Total des frais engagés : *580,90* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jaouad HOUSNI
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
25, Bd. Zerktouni, Appartement 14
20 000 Casablanca

Date de consultation : *03 Mars 2020*

Nom et prénom du malade : *BASSIME AHMED* Age : *58 ans*

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

Nature de la maladie : *affection Digestive*

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 : *BERRECHID* Le : *10/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
13 MARS 2020	C1	C2	250	INP : 1091076588 Dr. JAWAD HOUSNI Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 25 Bd. Zekrouni Apt 14 2025 28 91 47 25 77 CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

03-03-20 330990

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 des Honoraires AM PC IM IV

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

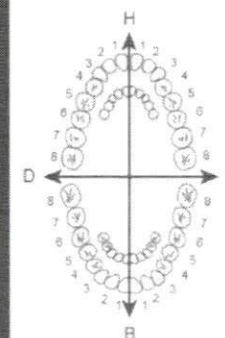
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

Docteur HOUSNI Jaouad

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestins - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Chef de Service de Gastro-Enterologie

des Hôpitaux El Ghassani à Fès

et Baouafi à Casablanca

Explorations Digestives

الدكتور جواد حسني

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)

خريج كلية الطب بتولوز

رئيس سابقاً بقسم أمراض الجهاز الهضمي
بمستشفى الغساني بفاس - وبوفاي بالدار البيضاء
الفحص بالآليات البصرية

172 BASSINE AHMED

Casablanca, le : 03 MARS 2020 : الدار البيضاء، في :

5770 Bebelix

1 box

(S) aut

LOT: 8MA208
PER: 06/2023
BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V: 570DH70



118000 010234

4810

Tiberal 50

1 box

2

LOT: 19102 PER: 07/2024
PPV: 48.50 DH

2x 3190

in Quekav 2

1 box + 3

PHARMACIE A
Dr. J. Jaouad
70, Bd. Zerkouni
Tél: 49.28.91

PER: 07/2022
PPV: 35.90

152.90 Zergast Long

1 box aut

PER: 07/2022
PPV: 35.90

330.90 Belaxine 300

1 box aut

LOT 191734
EXP 08/2021
PPV 152.90DH