

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

- 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° W19-467280

186928

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4508

Matricule : 4508 Société : RATI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HILAL TAOUFIK

Date de naissance : 12.09.63

Adresse : N° 4 Rue Samary AL Manay Casablanca

Tél. : 0664173752 Total des frais engagés : 1821.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue
05 22 75 32 48 / 06 60 97 09 29
Bd. Med. Baamrani, Qu. Bernoussi, Casablanca

Date de consultation : 1/1/2020

Nom et prénom du malade : HILAL AMAL

Age :

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

Nature de la maladie : Depression

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 : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue
05 22 75 32 48 / 06 60 97 09 29
Bd. Med. Baamrani, Qu. Bernoussi, Casablanca

[illegible][illegible]

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

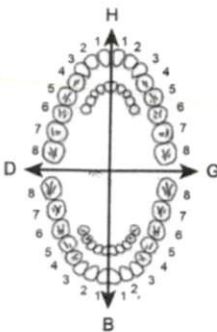
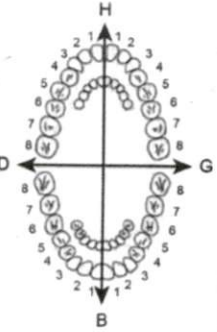
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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" data-bbox="1516 898 1736 1050"> <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Kawtar BC
Hématologue

Maladies du sang, des ganglions et de la rate
Greffe de moelle osseuse
Adultes - enfants

الدكتورة كوثر بولعاج
أخصائية في أمراض الدم

أمراض الدم
أمراض الدم والغدد اللمفاوية والطحال
العلاج الكيميائي / زرع نخاع العظمي
(كبار - صغار)

Casablanca, le:

1/1/2022

HILAL ATAL

Sertraline 50mg

Topiramate 50mg

Inexium 40mg

Traitement

1 mois

Pharmacie VICTORIA
Dr. Yasmine RAZZOUK
108 Avenue de Née et N° 21
Boulevard Ben Bouchta 20100
Casablanca - Tel: 0522 39 14 66

3180
1 Boite
1cp / 1 jour



Lot: PD0412C
Per: 04/2022
RPV: 108DH00

108.00

Lot: OK1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00

108.00

Lot: OK1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00

108.00

Lot: OK1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00

108.00

د. كوثر بولعاج
Dr. Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue
05 22 75 32 48 / 06 60 97 09 29
Bd. Med. Baamrani, Qu. Bernoussi, Casablanca

05 22 75 32 48 06 60 97 09 29

kawtarboulaajaj@yaho.fr

Lot Chabab C2A, Bd Med Baamrani, Imm F3, Apt 12 (à côté de la clinique Firdaous), Ain Sebaa-Casablanca
إقامة الشباب C2A شارع محمد الباعمراني، عمارة F3 الشقة 12 (بجوار مصحة الفردوس) - عين السبع - الدار البيضاء

STATION VICTOR
SYNTHEMEDIC
22-24 RUE ZOUBEIR IBNOU
EL AOUM 20500 CASABLANCA
P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 142.10