

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19- 046868

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 237 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Ezabouli Mohamed

Date de naissance : 1929

Adresse : 37, Rue n°6, Boulevard Abou Bakr, Oulfa, Casablanca

Tél. : 0606 12 726 Total des frais engagés : 464 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/05/2020

Nom et prénom du malade : EZZABOULI Mohamed Age : 92 ans

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

Nature de la maladie : rupture

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 : 03/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046868

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 237

Nom de l'adhérent(e) : Ezabouli Mohamed

Total des frais engagés : 464 Dhs

Date de dépôt : 03/06/2020

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
22.01 2020	C ECG		20000	Dr. Imrane MOUJASSI MEDECIN AGRÉÉ Par le Ministère de la Santé Visite Médicale pour le diagnostic et le traitement 710, BD. Oued Sidi El Ghazal - Casablanca Tel. 05 22 47 33 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2020	21410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

MEDICINE D'URGENCE

EXPERTISE MEDICALE

NUTRITION THERAPEUTIQUE ET METABOLIQUE

SUIVIE HTA ET DIABETE



الدكتور عمران معتمد

الطب العام

دبلوم جامعي:

الفحص بالصدى

الطب الاستعجالي

الخبرة الطبية

التغذية والحمية

تتبع امراض الضغط والسكري

Casablanca, le... 22.05.2020... في الدار البيضاء،

(1) EZDOUTI No

78,00

28,00
= 1 Betasinc

2 cp x 2 / 0 - 2 - 2

ampli
des seps

39,00
1 Relaxin 373

37,00

3 / Dylaxol

1 cp x 3 / 0 - 2 - 2

214,00

LOT: 20003
DLUO: 02/2023
99,00DH
Coires Deva Pharmaceutiq

P.R.V :
LOT :
EXP :

37,00

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN ACREE
par le Ministère de la Santé
Vice-Medecin - Permis de conduire
710,80 - Tel: 05 22 90 33 27

☐ Contrôle : ☐ Examen Complémentaire: ☐ Autres

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél: 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com

DR. MOUATASSIM

AGE/SEXE = 92/M

NOM = EZDOUTI MOHAMED

V1

aVR

V4

V2

aVL

V5

aVF

V6

NORMAL
***** MOYENNE

ne gauche complet
rma sinus

TEST DE STRESS : NON

. Rechercher pathologie sous-jacente.

. Electrodes Detachées ?
(Der. membres)

. Verifier les ventuelles erreurs de mesure.



HF, Dfs

[Kenz C306 V-3.10]

33.089

Mai. 22, 2020 15:04:47

ID = CABINET DR MOUATASSIM

ECG ANORMAL

MOYENNE

TEST DE STRESS : NON

513 Bloc branche gauche complet

807 Rythme normal sinus

• Rechercher pathologie sousjacente.

• Électrodes Détachées ?
(Dér. membres)- - - - -
• QRS = 0.138s

• Vérifier les ?entuelles erreurs de mes

MAI. 22, 2020 15:04:47

ID = CABINET DR MOUATASSIM

ure.



HF, DFs