

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-528703

ND: 32 19-1

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12576 Société : AAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABERCHANE NARJISS

Date de naissance : 11/01/1988

Adresse : Résidence TAJ NOUACEUR 1 AL Appl 23
NOUACEUR CASABLANCA

Tél. : 066409646 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade : ABERCHANE NARJISS

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

Nature de la maladie : Lésion de la main

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 : 09 / 03 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| | | | 300 | IMP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

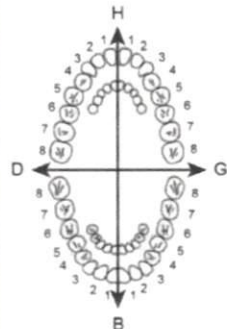
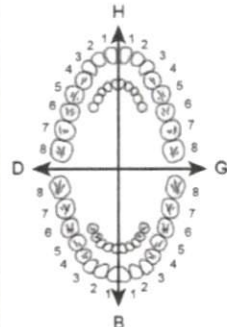
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|-------------------------|----------------------|----------------------|
|  | | | | | | 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 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (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 Imane BEKOUCHI

Spécialiste en Gynécologie

Obstétrique

Chirurgie Gynécologique - Maladies du sein
Coelioscopie - Colposcopie - Hystéroscopie
Stérilité - procréation Médicalement Assistée



الدكتورة إيمان بوكشري

**اختصاصية في أمراض النساء
و التوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص و الجراحة بالمنظار
العقم - المساعدة الطبية على الإنجاب

الدار البيضاء، في Casablanca, le

Dr. Bekouchi
Imane

E R C F: 2000



عمارة الجماعة ، مدخل ب ، الطابق الثاني، رقم 11 ، طريق ازموور - الحي الحسني - الدار البيضاء

Immeuble Communal, Route d'Azemmour, Entrée B, 2ème étage - N° 11 - HAY HASSANI - Casablanca

الهاتف: 05 22 930 930 - Tél: المستعجلات : 06 61 961 404 - GSM: البريد الإلكتروني : dr.bekouchi@gmail.com - E_Mail:

Docteur Imane BEKOUCHI

Spécialiste en Gynécologie

Obstétrique



الدكتورة إيمان بوكشي

**اختصاصية في أمراض النساء
والتوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي

التشخيص و الجراحة بالمنظار

العقم - المساعدة الطبية على الإنجاب

Chirurgie Gynécologique - Maladies du sein
Coelioscopie - Colposcopie - Hystérocopie
Stérilité - procréation Médicalement Assistée

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr A. A. A. A. A.

E. R. F.

Dr. Bekouchi

عمارة الجماعة ، مدخل ب ، الطابق الثاني ، رقم 11 ، طريق ازموور - الحي الحسني - الدار البيضاء
Immeuble Communal, Route d'Azemmour, Entrée B, 2ème étage - N° 11 - HAY HASSANI - Casablanca
الهاتف: 05 22 930 930 - Tél: 05 22 930 930 - GSM: 06 61 961 404 - البريد الإلكتروني: dr.bekouchi@gmail.com

240 FHR bpm [2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26] 240 FHR bpm [21:27:06]

210

210

180

180

150

150

120

120

90

90

60

60

100 Manuel (↑)

100

FM auto (↓)

80 Mise à zéro (0)

80

60 TOCO(TOCOext-)

60

40

40

Vitesse d'impression:

20

20

3 cm/min

UC

0 UC

nel:

nes

Event (A,B,C,D)

(E,F,G,H)

Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

210

180

150

120

90

60

100 Manuel (↑)

FM auto (↓)

Mise à zéro (0)

TOCO(TOCOext-)

Vitesse d'impression:

3 cm/min

UC

0 UC

20

40

60

80

100

120

150

180

210

240

FHR bpm

[2020-03-09, 21:23:46]

[21:25:26]

[21:27:06]

FHR bpm

240

【21:28:46】

240

FHR bpm

【21:30:26】

【21:32:07】

2

210

2

180

1

150

1

120

1

90

9

60

6

100

10

80

8

60

6

40

4

20

2

0

UC

Dr. Hare Krishna
May 14 2014
GSM 0661491491
066 066 22 990 990