

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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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° W19-501878

ND 36243

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2013

Société :

R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TMIMI - NOUREDDINE

Date de naissance :

09/11/1951

Adresse :

72. Rue Anas bnou Malik. Lot AL WAHDA

Tél. :

0660348335

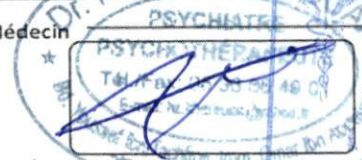
Total des frais engagés :

834,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17-07-2020

Nom et prénom du malade :

TMIMI NOUREDDINE

Age :

69

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Loi de (Chronicité)

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 :

17/07/2020

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
10/07	2-20	caen	3-00	INP: 08/10/85003

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE BALI - Azzedine BALI - Docteur en Pharmacie Bt El Fetouaki OUSA 05 36 68 60 44</p>	17/07/20	534,70

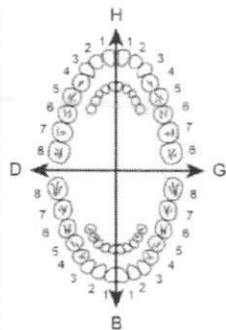
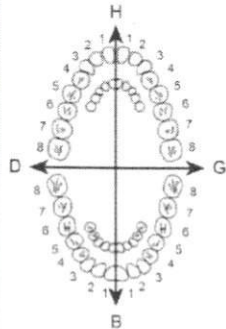
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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											
	<table border="1"> <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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hassan KHAROUAA

PSYCHIATRE - PSYCHOTHÉRAPEUTE

Individuelle - Familiale - Groupale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Tours - FRANCE

Ancien assistant Spécialiste des Hôpitaux de France

Ancien Chef de Service Adj de Psychiatrie à l'Hôpital

Militaire Moulay Ismail - Meknes

Sur Rendez-vous

الدكتور حسن خرواع

طبيب ومعالج نفسي

أمراض القلق النفسي والعصبي الشخصي والعائلي

خريج كلية الطب بتور - (فرنسا)

طبيب اختصاصي سابق بالمستشفيات الفرنسية

طبيب رئيسي سابق بالمستشفى العسكري مولاي اسماعيل - مكناس

بالوعد

Oujda, le

17/07/2020

وجدة، في

Tmini - nouveauté

12890x2

Penneke Loney

4030x3

Xe ne y v v

78,00 x2

Delim

53470

PHARMACIE PASTEUR
- Azzedine BALI -
Docteur en Pharmacie
Oujda

Dr. Hassan KHAROUAA
PSYCHIATRE
PSYCHOTHÉRAPEUTE
Oujda

شارع يوسف بن تاشفين، عمارة عمر بن عبد العزيز (قبالة ثانوية عمر بن عبد العزيز) الخابق الثاني شقة رقم 201 و 202 - وجدة

Bd Youssef Ibn Tachfine Imm. Omar Ibn Abdelaziz 2ème étage N° 201 et 202 - Oujda

(En face Lycée Omar Ibn Abdelaziz) - E-mail: hz.kharouaa@yahoo.fr

40.30

40.30

40.30⁴

128.90

128.90

MELIMAG[®] B6

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

MELIMAG B6

P.P.C : 78 DH

Ut av: 04/23 Lot: MM20

BIOXPRT

LES LABORATOIRES
BIOXPRT
Maroc

LES LABORATOIRES
BIOXPRT
PRO

MELIMAG[®] B6

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

MELIMAG B6

P.P.C : 78 DH

Ut av: 04/23 Lot: MM20

BIOXPERT

LES LABORATOIRES
BIOXPERT
Maroc

LES LABORATOIRES
BIOXPERT
PRO