

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

- 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° W19-540245

ND 36725

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENABDALLAH JAMAL
 Date de naissance : 25.04.62
 Adresse : 225 Rue ABOU ZAID DADOUSSI MAARIF
 Tél. : 0691510773 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M'Hamed EL HRAICHI
Chirurgien
nd. My Driss 1er
nd. 22 83 36 22

Date de consultation : 20/05/2020
 Nom et prénom du malade : BERRADA GOUZI SAMIRA Age : 57
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colectomie Gauche
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 AOUT 2020

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 : CASA Le : 20/05/2020

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

ACCUEIL

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
20.05 20	C.S.	G		INP: 093053977 M. Hamel 87, Bd. My. Drieu Tél. 05 22 83 36 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KABI Tél. 05 22 83 36 22	28.12.00	400,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

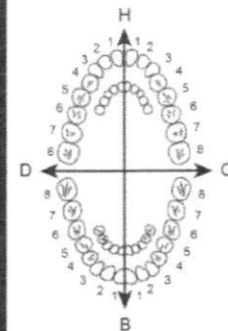
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

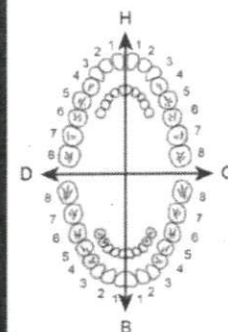
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

CLINIQUE LINA
SIDI MAAROUF



مصحة لينا
سيدي معروف

Casablanca, Le

Docteur :

BERRADA GOUZI SAÏRA

Urgence Bas Jaric



PHARMACIE KABLI
Lot Faraj 126 Sidi Maarouf
Casablanca
Tél: 0522 97 32 93

Mohamed EL KRAICHI
Chirurgien
87, Bd. Driss 1er
Tél: 05 22 63 36 22

Dr. Mohammed KABBAJ
Anesthésie- Réanimation
147, Lotissement Lina - Sidi Maarouf
Clinique LINA - Casablanca

URGENCES 24H/24H

S.A.R.L au Capital de 1.500.000,00 Dhs
Patente : 37982364 - I.F.: 40166328 - C.N.S. 1513 - R.C : 438797 - I.C.E : 001644659000031
147, Lotissement Lina. Sidi Maarouf - Casablanca - Maroc - Tél / Fax: 05 22 97 74 00
E-mail : clina@gmail.com

- Insulation of the patient from the operating table using conventional procedures (the stocking is not in itself an insulating material and must not therefore be used for this purpose);
- during monopolar use of the knife, the neutral electrode must not touch the stocking.

Réf. 58150220400022

ASQUAL N° : CQ 16-41274



(01)03401060264819(10)1078996



3 401060 264819

Ref Art : 58150220400022



THUASNE SAS
120, rue Marius Aujan - CS 10032
92309 Levallois Perret Cedex - FRANCE
www.thuasne.com

SOCIÉTÉ FRANÇAISE depuis 1847

Année d'apposition du marquage CE : 2003

PENSEZ
AU TRI !



sachet
plastique
à jeter



étui
carton
à recycler



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT
> WWW.CONSIGNESDETRI.FR
Valable uniquement pour la France

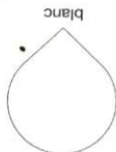


FSC
www.fsc.org

MIXTE

Emballage issu de
sources responsables

FSC® C095159



N
4

TAILLE - SIZE



10-15 mmHg / 13-20hPa



S.S.: 777

ârouf - Casablan

liniquelina1476

VENOFLEX
CLINIC ANTISTASE

THUASNE



Ref. 6428306 (date révision pack : octobre 2017)