

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 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

- 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 - 5ème 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° W19-463695

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1346

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAHIYANE AHMED

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : WAF3 IMM25 APT 7, EL OULFA, CASABLANCA

Tél : 0662812582

Total des frais engagés : 527,30 dh

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 MARS 2020

Nom et prénom du malade : ALAHIYANE AHMED Age : 71 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Agadir

Le : 17 / 03 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-463695

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 : 1346

Nom de l'adhérent(e) : ALAHIYANE

Total des frais engagés : 527,30

Date de dépôt :

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
7 MARS 2020	G1 Bébé	.	300	

[illegible][illegible][illegible]

* 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION

Docteur Hamid BOUKAMI

Diplômé d'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tél. C : 0528.22.01.41

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الهاتف ع : 0528.22.01.41

Agadir, le

أكادير, في

17 MARS 2020

ALATHYA

Ofiken®
Céfixime

200 mg

16 Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 200473

EXP 02 22

PPV 170.00 DH

PPV:14DH00

PER:11/22

LOT:12645

LOT:1898

PER:04/22

PPV:14DH00

LOT:12645

PER:11/22

PPV:14DH00

Vita C1000®

PPV 15DH30

EXP 01/2023

LOT 900694

الرقم 17 مدخل 1- عمارة المستقبل - رياض السلام اكادير

N° 17 Entrée 1, Imm. AL MOSTAQBAL - Ryad Salam - Agadir

e-mail: drboukami@hotmail.fr

Docteur BOUHOU Mohamed

Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique
Diplômé de la faculté de médecine Paris ouest

الدكتور محمد بوهو

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
خريج كلية الطب باريس الغربية

ORDONNANCE

Le 24/06/20

M^s AL AHYANE Ahmed.

* G : 200,00

الدكتور محمد بوهو
Dr. Mohamed BOUHOU
رئيس قسم جراحة العظام
الطبيب الأول شارب الحسنة الأول
المستشفى العسكري
الهاتف : 05 28 22 24 43

DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور همد بوكامي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

الطبيب العام

الماتفون: 0528220141

Agadir le17 MARS 2020 الحادي عشر في

Echographie abdominale

Identité : alahyane ahmed

Indication : dl abdomnale

Foie : de taille normale, d'écho structure homogène et de limites régulières.

Voie biliaire principale : de taille normale, perméable.

Vésicule biliaire : ectomisée.

Rein droit : siège d'un kyste fonctionnel intra rénal.

Rien gauche : place de taille normale avec bonne différenciation cortico-médullaire.

Pancréas et rate : ras.

Signé :



رقم 17 المدخل رقم 1 عمارة المستقبل رياض السلام الحادي عشر ر.ب. 80050

App.N°.17 entree 1Imm Almostaqbal Ryad assalam Agadir C.P. 80050

DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

الطبيب العام

الهاتف: 0528220141

Agadir le 17 MARS 2020
أكادير في.....

Facture

Je soussigné docteur Hamid Boukami certifie avoir reçu de Mr.
Alahyane ahmed la somme de trois cent Dh (300 Dh) frais de
consultation médicale + échographie.

Signé :



رقم 17 المدخل رقم 1 عمارة المستقبل رياض السلام الحادير ر.ب. 80050
App.N°.17 entree 1Imm Almostaqbal Ryad assalam Agadir C.P. 80050

DOCTEUR Hamid BOUKAMI

Diplômé D'état de la FMC

MEDECINE GENERALE

Tel : 0528220141

الدكتور حميد بوكامي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

الطبيب العام

الهاتف: 0528220141

Agadir le 17 MARS 2020
أكادير في

Facture

Je soussigné docteur Hamid Boukami certifie avoir reçu de Mr.
Alahyane ahmed la somme de trois cent Dh (300 Dh) frais de
consultation médicale + échographie.

Signé :



