

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-527718

39186

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

06415

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

GOUNTY LUASSANE

Date de naissance :

01/07/1964

Adresse :

N° 3A, Rue des oranges Ain Sebaa

Tél. :

0676681495

Total des frais engagés :

120 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khadja TAMTAM
1718
21/07/2020
Assistance des Exaltés

Date de consultation :

21/07/2020

Nom et prénom du malade :

GOUNTY HASNA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection rhumatologique

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 :

Casa

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
24/10/2020	Cs		250DH	INP : 081200485 DR. KHAYAT, Abdelhak 171 907, Bd. EL ANASSER Annex IV du Centre de Santé Ezzahra
29/10/2020	catul			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/2020	178,80
	29/10/2020	178,80

ANALYSE RADIOGRAPHIQUE			
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	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																				
				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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		0000000	0000000		D		G	0000000	0000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																							
	25533412	21433552																						
	0000000	0000000																						
	D		G																					
0000000	0000000																							
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

☒ **valable 3 mois**

Le 21/07/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

C. OUKTAY HASNA

Présente

généraliste @ l'Institut cardiopulmonaire chronique de coefficients artériels

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Voies : les données ci-dessus

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur Khadija TAMRAOUI

Médecin Spécialiste

Rhumatisme, Maladie

de l'Os, Articulations et Rachis

Ancienne Résidente au CHU

Ibn Rochd

الدكتورة خديجة تمراوي

طبيبة اختصاصية

الروماتيزم، أمراض العظام

المفاصل و العمود الفقري

طبيبة مقيمة سابقا بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد

Date: 21.07.2020

M - GOURTY

HASNA

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



G 118001 271214

PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



G 118001 271214

PPV : 283,00 DH

283.00 x 2

- chondrosulf 200g,



198.00

- Nuroceptol



30.00

- Mycandalyce: cp simples

794.00



ROU: 1 sem

PVC: 198.00 DH



CNK 3259-850

Dr. Khadija TAMRAOUI
Rhumatologue
171, Bd. La Résistance Résidence Azzahraa 2ème Etage Appt.16
Tél : 05 22 31 17 79

171, شارع المقاومة إقامة الزهراء الطابق 2 شقة 16 (فوق كارفور) الهاتف : 05.22.31.17.79

171, Bd. La Résistance Résidence Azzahraa 2ème Etage Appt.16 (au dessus de CARREFOUR) Tél: 05 22 31 17 79

- INPE 091200485 - ICE 002069889000032

Docteur Khadija TAMRAOUI

Médecin Spécialiste

Rhumatisme, Maladie

de l'Os, Articulations et Rachis

Ancienne Résidente au CHU

Ibn Rochd

الدكتورة خديجة تمراوي

طبيبة اختصاصية

الروماتيزم. أمراض العظام

المفاصل و العمود الفقري

طبيبة مقيمة سابقا بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد

Date: 29/07/2020

M - GOURTY
HASNA

30,00 x 3

- Dolham :



2 x 2 1/2

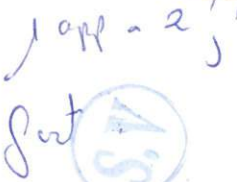
60,00

- DOLORAN : une.



28,80

- Vitamine D



178,80

صيدلية
PHARMACIE DE CONSEIL
637, Bd. Mersha V
(Face Ex. Marché Crio)
05 22 24 34 80 - Casablanca

PPV 30DH00
PER 02/23
LOT J489

PPV 30DH00
PER 02/23
LOT J489

PPV 30DH00
PER 02/23
LOT J489

DOLORAN
POMMADE CHAUFFANTE
PPC:60,00DH

LOT
PER

28,80

171, شارع المقاومة إقامة الزهراء الطابق 2 شقة 16 (فوق كارفور) الهاتف : 05.22.31.17.79

171, Bd. La Résistance Résidence Azzahraa 2ème Etage Appt.16 (au dessus de CARREFOUR) Tél: 05 22 31 17 79

- INPE 091200485 - ICE 002069889000032