

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

- 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° W19-542125

ND: 45015

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11095 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAMI Mustafa

Date de naissance : 23/09/1975

Adresse : Im 13, Apt 2 hay al massara case

Tél. : 0667 812469 Total des frais engagés : 917,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/09/20

Nom et prénom du malade : BEBE CHAMI Age :

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

Nature de la maladie : Assistée la naissance

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 : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : *Chami*

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 14/09/20 | 317,50 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|-------------|---|-----------------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

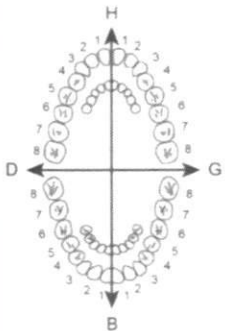
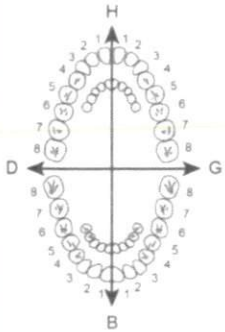
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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"/> | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|--|
|  | | | | Coefficent des Travaux <input type="text"/> Montants des Soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <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> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | Coefficent des Travaux <input type="text"/> Montants des Soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nada Bougrine
Pédiatre - Homéopathe

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
Diplôme en Thérapeutique Homéopathique
Ancienne Intrene au C.H.U
Ibn Rochd Casablanca
Ancienne Intrene des Hôpitaux de Paris



الدكتورة ندى بوغرین

إختصاصية في طب الأطفال
إختصاصية في الطب التجانسي الطبيعي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا في مستشفيات باريز

Casablanca, Le 14-09-20 في الدار البيضاء

BBS Chauvi

26,40

1/ - Tobrex (collir)

1 goutte

2/ * Lush (spray)
138,00 Batos

3/ 30,00 - 6 presses Shente

4/ * Konakion 2mg,
44,70 1 sup. à ju de vie

5/ 77,00 1 sup. à 1 ans

6/ 06 60 21 15 82 - 05 22 50 47 74 - الميستيحلات : 06 60 21 15 82 - شارع تازة - حي مولاي عبد الله - الدار البيضاء الهاتف والفاكس : 05 22 50 47 74 - 06 60 21 15 82 - E-mail : nadabougrine@yahoo.fr
6, Bd. Tazat Quartier Mly Abdellah (En face de la prefecture de police du Bd Qods) - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 50 47 74 / Urgences : 06 60 21 15 82 - E-mail : nadabougrine@yahoo.fr

Pharmacie Ouled Ziane
Bd. El Moudjahid 1260 - Ain Chiffa
Casablanca - Tél : 0522 852 852
ICE : 000495400000

138
Laboratoire ADDAX
France

BOTTU SA
RPV : 44 DH 70