

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-573964

49538

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **MUPRAS**

Matricule : **13256** Société : **RAN**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** **DEC. 2020**

Nom & Prénom : **BENZEKRI DOUMIA**

Date de naissance : **27/12/1991**

Adresse : **20, Rue Abou Bakr Assane Ranguali Casa Blanca**

Tél. : **06 39 20 28 82** Total des frais engagés : **200,00 dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BITTI Amine
Chirurgien Gynécologue
100, Bd. Ibn Sina CIL - Casa
Tél. : 06 61 79 18 39

Date de consultation : **22/09, 2020**

Nom et prénom du malade : **Bezekri**

Lien de parenté : **Lui-même**

Nature de la maladie : **Suivie de**

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casa Blanca**

Le : **29 / 09 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

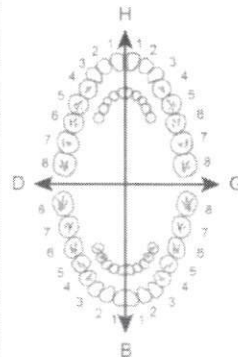
[Signature]



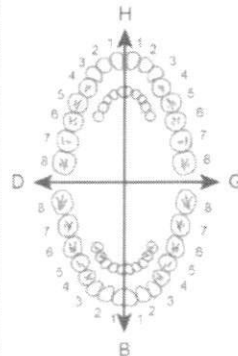
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/09/16	G		G	<div> <div>INP :</div> <div> <div>Dr. B. N. N. N.</div> <div>Chirurgien Gynécologue</div> <div>100, Bd Ibn Sina Cité Casa</div> <div>Tel: 06 61 79 18 39</div> </div> </div>

[illegible][illegible][illegible]

* 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
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Casablanca le : 24/09/20

NOTE D'HONORAIRES

La somme de : 200 000

Pour une série de : 1 Séances de : Amm

Rééducation du RACHIS lombaire

Adressée à M^{lre} Benzekri Dounia

Durant la période du 24/09/20 au

Sur Ordonnance du Docteur Amine Brikh

Avec mes remerciements,
Leila GHALLAB
CENTRE KINEMA
108, Bd Ghandi - Rééducation Fonctionnelle
Casablanca 16 Rue Jabal Saghrout
Tél, Fax : 05 22 39 77 70
AUTN 1011

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

CASABIANCA, le 22/09/2020

Email :

ORDONNANCE

Madame Dounia BENZEKRI né(e) le 27.12.1991

- 1) Faire pratiquer 10 séances de rééducations lombaires.

Docteur Amine BITITI

Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina Tél : 05 22 36 03 03
09 11 79 18 39