

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-572340

50133



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Optique

Autres

Matricule :

2701

Société :

R.A.M

Retraité

Roudiazroui

Nom & Prénom :

HANIBLI

EC

Date de naissance :

30/10/54

Adresse :

6, Rue JBEL AROUssi CIL CASABLANCA

Tél. :

0662097928

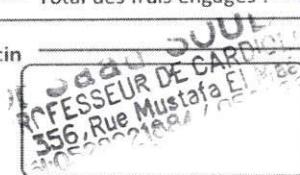
Total des frais engagés :

13.000 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/09/20

Nom et prénom du malade :

HANIBLI

04 DEC. 2020

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HHTA avec 15 saignements

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Avec Ame

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 :

Le : 1/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

g H2

RELEVE 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
21/05/2015	22/05/2015	JTL		INP : 51180912 DOCTEUR DE CARDIOLOGIE Rue Mustafa El Maâoui 26 Tél : 05 22 29 46 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX DISTAMED SARL

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
DISTAMED SARL 20, Rue LAMBEDO Q. des Hôpitaux Casablanca Tél : 05 22 29 46 15	21.05.2015	28, Rue LAMBEDO Q. des Hôpitaux Casablanca Tél : 05 22 29 46 15	13 000,00 DT
	AM	PC	CM IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

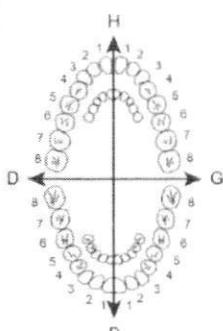
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
DATE DU DEVIS [REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient :

H. SOULAMI

Casablanca, le

21/09/2023

Jeanne

SAS sévère +

DAT > 300 / H.

AVR réel

Méreste de

CPAF Ante proté

en permanence

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Casablanca
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

رقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء 356

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

MR HANABLI EL BOUAZZAOUI

FACTURE : 349/2020

DATE : 21/09/2020

Réf	Désignation	Qté	P U HT	MONTANT HT
	APPAREIL DE CPAP AUTO-PILOTE (APPAREIL D'OXYGENOTHERAPIE NOCTURNE) AVEC HUMIDIFICATEUR PRISMA AQUA.	1	9.583,33	9.583,33
	MASQUE BUCCO NASAL STANDARD	1	1.250,00	1.250,00
<i>DISTAMED SARL 28 Rue de Languedoc Q. des Hôpitaux Casablanca Tel: 0522 29 46 15</i>				
Total HT				10.833,33
TVA 20%				2166,67
Total TTC				13.000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de TREIZE MILLE DIRHAMS.

Compte bancaire n° 007780000115200000138542 Attijari Wafa Bank Agence Yacoub El Mansour

Je soussigne HANABLI EL
Bouazzoui N° 2704 déclare
sous honneur que je n'ai pas eu
conseil et l'accord pour faire
un Polygraphie et acheter un
appareil CPAP Auto piloté.

Veuillez agréer les salutations le
plus distinguées

HANABLI EL Bouazzoui
2704

J HZ