

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 : 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° W21-656812

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12940

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAKKAR JOUNIA

Date de naissance : 30.11.1972

Adresse :

Tél. : +0661 066506 Total des frais engagés : 245,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima Zahra Raghoul
Médecin Généraliste
Andalous III, GH II, Imm.
Jardin des Palmiers - Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 19/09/2022

Nom et prénom du malade : Bakkar Jounia

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

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 : 08/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

ACCUEIL
MUPRAS
KIMMUN

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
19/09/2022			15024	INP : 091441287
22/10/2022			C6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/22	95,60

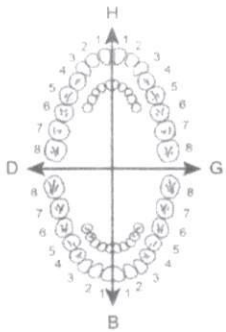
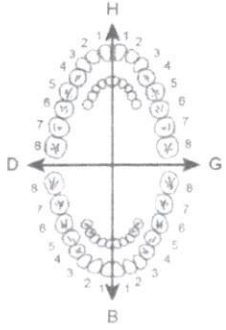
[illegible][illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur

Fatima zahra RAGBAOUI

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien médecin interne à l'hôpital Mohamed 5 Casablanca
- Diplômée de la faculté de médecine de casablanca en Diabétologie
- Medecin agréée pour délivrer des certificats médicaux afin D'obtenir les permis de conduire

Médecine Générale-Echographie Général - Electrocardiogramme (ECG)



دكتورة
فاطمة الزهراء ركبواوي

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد الخامس بالدار البيضاء
- حاصلة على دبلوم داء السكري بكلية الدار البيضاء
- طبيبة مرخصة لدى وزارة الصحة من أجل اصدار شواهد طبية للحصول على رخصة السياقة

الطب العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le: 22/10/2020 في: الدار البيضاء

Ordonnance

Balehan Dounia

PHARMACIE EL BEN BACHIR
Ouled Ben Amer, DHAMNA
BOUSKOURA
Tél.: 0522 32 01 03

Doue fate

1 Apte / mois

180 mg

Stinal

1 Apte x 2/3

180 mg

Dr. Fatima-Zahra Ragbaoui
Médecin Généraliste
Rég. Méd. 11.6.11.11
Casablanca

تجزئة ديار الاندلس III إقامة جاسمين عمارة 3 شقة 5 بوسكورة - عمالة النواصر
Andalous III GH 11 Résidence jasmine Immeuble 3 Apt 5 Bouskoura Province Nouaceur

GSM : 07 66 35 77 74 - Fix : 05 22 59 09 59 - Email: cabinet.fragbaoui@gmail.com

حالات التعب

20 أمبولة

بدون سكر

LOT: 0410
PER: 07 2025
PPV: 46.00DH

ستيمول®

مالات السيترولين

STIMOL®
20 ampoules buvables
de 10 ml
6 118000 370017

PPV: 49,60 DH
LOT: 21B04
EXP: 02/2024