

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

- 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° M21- 0056316

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 333

Société : RAM 138611

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMERNISS LAHOSSINE

Date de naissance : 1937

Adresse : même adresse

Tél : 0664 19 72 18 Total des frais engagés : 484,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Youssef HANANE

Omnipraticien - Echographiste - Urgentiste

Dar Touzani Bd. 06 Novembre N°762

1er Etage Appt 1 - Casablanca

Tél : 0522 37 46 08 / GSM: 0661 10 55 40

Cachet du médecin :

INPE:091206862

Date de consultation : 17 Nov 2022

Nom et prénom du malade : EL MERNIS EL GHALTA 78 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute de l'échelle

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 : 24/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
17 NOV 2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/22	334.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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

UT. AV :

PPV (DH) :

PPV: 88DH00

PER: 06-25

LOT: L 1759

ANE

PPV: 88DH00

PER: 06-25

LOT: L 1759

الدكتور يوسف

الطب العام

42100

(H) :

E :

IA :

IN :

IE :

LOT : 201737

UT AV : 12/2023

PPV : 84,00DH

32,60

- MESOTHERAPIE

- DIPLOME UNIVERSITAIRE D'EXPERTISE MEDICALE

ET REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL

- MEDECIN AGREE PAR LE MINISTRE DE LA SANTE POUR

LA DELIVRANCE DE CERTIFICATS MEDICAUX DU PERMIS DE CONDUIRE

- طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا

- دبلوم جامعي للفحص بالصدى

- دبلوم جامعي لداء السكري

- دبلوم جامعي للتغذية

- الفحص بالتخطيط الكهربائي للقلب

- طب المستعجلات

- الطب الثمالي (ميزوتريا)

- حائز على شهادة جامعية للخبرة الطبية والتعويض

- القانوني عن الضرر الجسدي

- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

الشواهد الطبية لرخص السياقة

ORDONNANCE

Casablanca le :

17 NOV. 2022

الدار البيضاء في :

Nom, Prénom :

EL MERNIS EL GHALTA

Age :

Poids :

1^{re} SAPHTR. 1g

8800 x 2

17600

2^{de} MUXOL. Anat

3260

3^{de} PREDNI- 20 mg

4200

4^{de} ALER-2. 1cp x 2/jour

8400

33460

33460

33460

33460

33460

33460

33460

33460

33460

33460

صيدلية سيف الدين
PHARMACIE SIFEDDINE
Mme SIFEDDINE NAIMA
Dar Touzani, Bd 6 Novembre N° 762, 1er Etage
Casablanca - Tél : 0522 37 27 80

Docteur Youssef HANANE
Omnipraticien - Echographiste - Urgentiste
Dar Touzani Bd. 06 Novembre N° 762
1er Etage Appt 1 - Casablanca
Tél : 0522 37 46 08 / GSM: 0661 10 55 40

06 61 10 55 40 - المحمول : 05 22 37 46 08 - الهاتف : 1 - البيضاء - رقم 762 الطابق الأول رقم 1 - البيضاء - الهاتف : 05 22 37 46 08 - GSM : 06 61 10 55 40

Dar Touzani, Bd 6 Novembre N° 762, 1er Etage N° 1 - Casablanca - Tél : 05 22 37 46 08 - GSM : 06 61 10 55 40

Email : docteur.youssef27@gmail.com