

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 "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° W19-552981

141683

Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (o)

Matricule : 2321 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUINI MOHAMED
01-01-1952
HAY BOUGHAZ RUE 8. N° 6 TANGER

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 999.8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Karim BENSALAH
Neurochirurgien
293, Angle Rd Abdellah Ben et
Allée du Persée 1er étage Ag Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE:091167338

Date de consultation :

15 DEC / 2022

Nom et prénom du malade :

KRIBELA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Domotique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

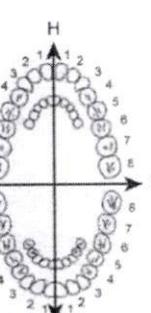
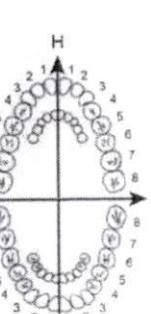
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

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
15 DEC 2022		4 -	# 700,-	Dr KERNER CALAN Necroscie Biologie 295, Avenue de la Paix Télé: 05 22 20 71 00 INDE: 091 167338

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBRAHIM KARDOUZ Baraka 2 Rue 12 N° 24 Moumen Casablanca	15 12 2019	619.80

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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			B	G	00000000	00000000			35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																	
	D	00000000	00000000																	
			B																	
	G	00000000	00000000																	
			35533411	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																				

Dr. Karim BEN SALAH

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)

Chirurgie de Cerveau de la Moelle Epinière
et des Nerfs

Chirurgie de la Tête et de la Colonne Vertébrale

Electro-Encéphalographie

Adultes & Enfants



الدكتور كريم بنصالح

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحة ألمراض الدماغ والاعصاب

جراحة الرأس والعمود الفقري والنفاع الشريكي

التقطيع التهريجي للدماغ

للتبليغ والاصناف

الدار البيضاء في

Casablanca le : 15 DEC 2022

15/12/2022

KRIBECH FATMA

2681

ARCOXIA 90 mg

52,801 midi pendant 2 semaine Après repas

OEDES 20 GELULE

1 soir pendant 2 semaine Après repas

CURARTI FORTE CP

1 matin pendant 2 mois Après repas

149/150 X 2

619180

Dr Karim BEN SALAH
Neurochirurgien
295, Angle Bd Abdelmoumen et
Allée du Persée 1er étage A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INRE: 091167338

S.V.
S.V.
S.V.

HAY EL BARA
Sidi Moumen Casablanca



LOT 211148
EXP 04/2024
PPV 52.80DH