

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

- Reclamation : 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.

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° W21-785794

150411

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11098 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DOU NASR Hasna

Date de naissance : 20-01-71

Adresse : N° 9 Rue 8 M. Aman. Californie. Casa.

Tél. : 0648048037

Total des frais engagés : 600 + 225,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 14/02/23

Signature de l'adhérent(e) : HASNA

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
14/02/2023			600,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/23	225,80

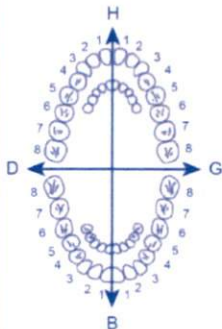
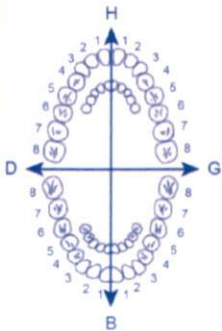
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> 00000000 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> 35533411 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>

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



Psychiatre - psychothérapeute
Anciennement au CHU Ibn Rochd, Casablanca et
CHU Brugmann, Bruxelles (Belgique)

العلاج النفسي والعقلي
العلاج النفسي المعرفي السلوكي
علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين
تدبير الإجهاد والأرق
التدريب الذهني

طبيبة نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
والمستشفى الجامعي بروكمان،
بروكسيل - (بلجيكا)

of the Downer Home

12680
N = 64p 10 — 5

21 99.00 0-0-1

PHARMACIE BOULEVARD
Bd. Ouled Haddou, N° 39 BIS.
Hay Krimat - CASABLANCA
Tel: 05 22 50 60 26

225,80

LOT: 400
PER: SEP 2024
PPV: 126 DH 80

30 Comprimés à avaler

Magr
MBA5 0725

Lot Prix **99.00**

Résidence Amsterdam, Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
4^{ème} étg N°14 (au dessus de Macdonald's) Casablanca
Tél.: +212 522 86 22 07 / E-mail:drbelghazidounia@gmail.com

أقامة أمستردام، شارع 2 مارس و تقاطع زنقة امستردام
الطابق الرابع، الرقم 14 (فوق ماكدونالدز) - البيضاء
الهاتف: 07 22 86 0522 البريد الإلكتروني: drbelghazidounia@gmail.com