

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0029769

MUPRAS
RECEPTION

150607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4598 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDDEN HASSAN

Date de naissance : 25-12-1960

Adresse : Bloc E N°15 Dénoua

Tél. 0664315978 Total des frais engagés : 1304,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KHALID ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV. MED. BOUZIANE SALAMA II
SIDI OUSMANE - CASABLANCA
Tél : 05 22 55 11 08

Date de consultation : 16/02/2023

Nom et prénom du malade : EL MOUADJIN NANA Age : 56

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : Dénoua

Le : 20/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

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

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
16/02/23	CS, Ece		30.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMASIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafay Deraa Fix : 05.22.53.20.54 INPE:062095070	16-02-23	1004,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

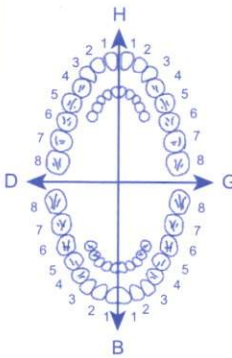
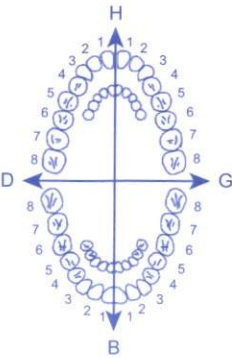
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				CCEFFICIENT 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"> <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		CCEFFICIENT 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

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 16/02/2023

Mme Nana EL MOUADDEN

58 ans

6x49,90
6x97,50
1) NATRIXAM 1,5MG/5MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 6 mois

2) NEBILET Comprime à 5 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 6 mois

2 spécialité(s) prescrite(s)

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

1004,40
Dr. Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV Med Bouziane Salama IV
Sidi Othmane - Casablanca
05 22 55 41 08

Dr. ADNAN Khalid

tout effet secondaire des médicaments prescrits doit être déclaré au médecin



V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

V140977/01
* VIGNETTE
NEBILET® 5mg ■
28 comprimés ○
PPV 87DH50

ECG

NOM: EL MOUADDEN NANA
ID :
Genre :
Age : 56
DOB : 14-05-1964
Date Test: 16-02-2023 10:40

Dr ADNAN Khalid

HR: 63

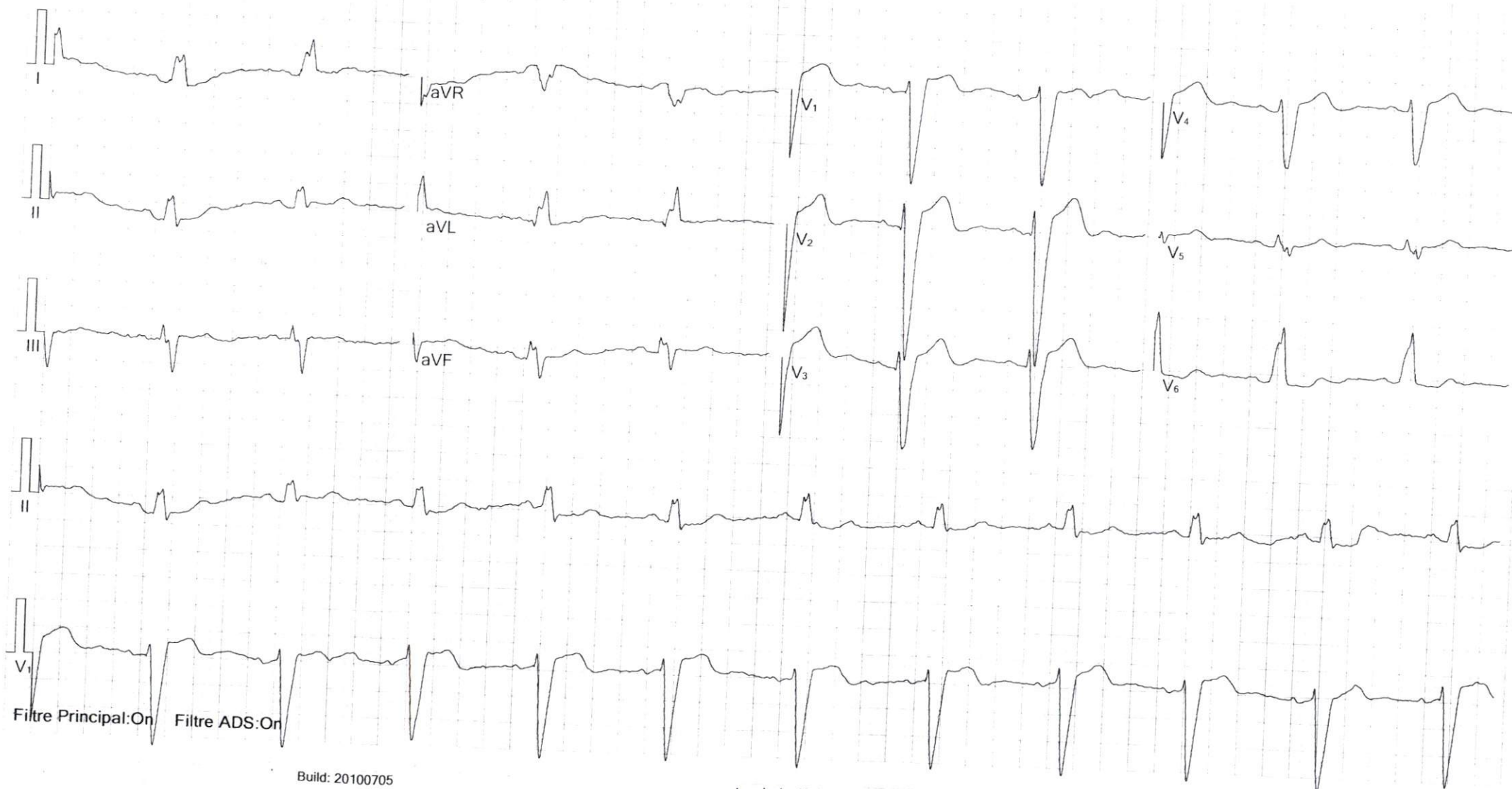
Suggestion :

Case #:
Investigation #:

Médecin Référent: Doctor A

Signature Médecin:

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Build: 20100705

Imprimé: 16-02-2023 10:43:57