

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0036619

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8952 Société : R.A.M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAJJANI HASSAN
 Date de naissance : 18/02/1964
 Adresse : 147 NISSIMY RUE 14 N° 9 HAJ HASSANI
 Casablanca
 Tél. : 0660792667 Total des frais engagés : 478 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخزولي
 طبيب مختلف، خبير لدى المحاكم
 60 طريق مولاي الزهامي
 (قرب مستشفى الحي الحسني)
 مانولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
 الهاتف : 022 90 70 88 - الفاكس : 022 90 97 66

Date de consultation : 20 AVR 2023
 Nom et prénom du malade : HAJJANI Zouhair Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pharyngite
 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 : Casablanca

Le : 31/05/2024

Signature de l'adhérent(e) : HAJJANI

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
20 AVR 2023				<p>الدكتور سعيد الكروبي</p> <p>طبيب محلف، مختبر لدى المحاكم</p> <p>المستطريق مولاي التهامي</p> <p>(قرب الحي الحسني، الدار البيضاء)</p> <p>مارولا - الحي الحسني، الدار البيضاء</p> <p>تعاثف : 022 90 70 88</p> <p>IPNE : 091069666</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE POLYCLINIQUE</p> <p>Dr TIR Abdelaziz</p> <p>58, Rte. Mly Thani - Hay Hassan</p> <p>Tel: 022 90.21.67 - CASA</p>	20/04/23	<p>PHARMACIE POLYCLINIQUE</p> <p>Dr TIR Abdelaziz</p> <p>58, Rte. Mly Thani - Hay Hassan</p> <p>Tel: 022 90.21.67 - CASA</p> <p>278,80</p>

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 :

Veillez 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															
				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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبر لدى المحاكم

HASSANI

2023

124.00

Casablanca, le : 20 AVR 2023

الدار البيضاء، في :

1. Socad

6716

60.00

1 x 2 y

2 y

2. Majura

2,5 cp le matin x 6 j

3. Esac

6714

1 y le matin avec

15.80

4. Dolinda 500 cp

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. T. P. 05 22 90 70 88
58, Rue Moulay Thami - Hay Hassani
Tél. : 05 22 90 70 88 - CASABLANCA

79.00

1 y x 3 j

5. Paracetamol

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. T. P. 05 22 90 70 88
58, Rue Moulay Thami - Hay Hassani
Tél. : 05 22 90 70 88 - CASABLANCA

278.80 1 y le matin

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف خبير لدى المحاكم
(قرب مستشفى الحسي - الدار البيضاء)
مازولا - الحسي الحسني - الدار البيضاء
05 22 90 70 88
05 22 90 70 88
05 22 90 70 88

الدار البيضاء (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - الحسي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22 90 70 88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

escen-
escents.

60,00

124,00

15.75 100.00 1.2

3.1