

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W21-818989

190297

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0405 Société : R.A.M. (Royal Air Maroc)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Decel.
 Nom & Prénom : JABER EL-HOUSSINE
 Date de naissance : 1961
 Adresse : Route EL Aouina Lt. Talpaci A 3 n° 4
 Tél. : 05 36 74 39 52 Total des frais engagés : #299,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed BOUABDELLA
CARDIOLOGUE
Imm. Essaâda B, Bd. Zerktouni
Tél./Fax 05 36 70 08 00 - OUJDA

Date de consultation : 05/01/2024
 Nom et prénom du malade : EL-HOUSSINE JABER Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HMA - FA
 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 : 05/01/2024

Le : 12/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/01/24	G		G	INP : 0810315541

Ahmed BOUABDELLA
CARDIOLOGUE
111 Bld. Bourguiba
Essaada B. Bd. Zerkouni
Tél. 05 56 70 05 60 - 05 56 70 05 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 111 Bld. Bourguiba Essaada B. Bd. Zerkouni Tél. 05 56 70 05 60 - 05 56 70 05 60	05/01/24	299.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Lat	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
082050626			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Therapeutique. necessaire a la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed BOUABDELLA

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

De la Faculté de Médecine de PARIS

Diplômé en Echocardiographie

Diplômé en Cardiologie Congénitale et Pédiatrique

- Sur rendez-vous -

الدكتور أحمد بو عبد الله

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية

خريج كلية الطب بباريس

مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر

مجاز في أمراض القلب الخلقية ولدى الأطفال

Oujda, le

05/01/2024

Ordonnan

GUEMMI CHRIFA (87 ans)

REXABAN 15 mg

1 cp le soir x 3 mois

DIPREZAR FORT

1 cp le matin X 3 mois

DETENSIEL

1/2 cp le matin X 3 mois

REDLIP 20 mg Bte 30

1 cp le soir X 3 mois



299,40



Dr. Ahmed BOUABDELLA
CARDIOLOGUE
Imm. Essaâda B, Bd. Zerktouni
Tél./Fax: 05 36 70 08 00 - Oujda



ICE 001758358000014 - INP081033946

عمارة السعادة ب. شارع الزرقطوني - 60 000 - وجدة - هاتف/فاكس: 0536 700 800

Imm Essaâda B - Bd Zerktouni - 60 000 - Oujda . Tél/Fax: 0536 700 800

E-mail : drbouabdella@gmail.com