

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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° P19- 063425

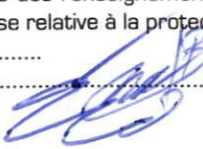
60883

☒ **Maladie**
☐ **Dentaire**
☐ **Optique**
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)
 Matricule : 03611 Société : RAM
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :
 Nom & Prénom : BASSIME AHMED
 Date de naissance : 25-11-1962
 Adresse : Résidence EL WAKADA, INMB Fa, Apt 23
 BERRECHID
 Tél. : 063717452 Total des frais engagés : 60883

Cadre réservé au Médecin
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25 FEV. 2021
 Nom et prénom du malade : BASSIME AHMED Age :
 Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**
 Nature de la maladie : Affection Proctologique
 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 : 25 / 02 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
5 FEV. 2021	cs	2	250	Dr. Jaouad HOUSNI Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 40, Bd. Zerkouni App. 14 Tél : 49.28.93 / 47.25.77 CAS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MANAR AL JANIL 01 : 07 22 63 73 82	25-02-21	384,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR HOUSNI JAOUAD

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestins - Hémorroïdes)

Diplôme de la faculté de médecine de Toulouse

Ancien Chef de Service de Gastro-Entérologie

des Hôpitaux El Ghassani à Fès

et Bouafi à Casablanca

Explorations Digestives

Dr Bassim AHMED

Casablanca, Le 25. FEV 2021

الدكتور جواد حسني

في أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد - الأمعاء - البواسير)

رئيس سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بالدار البيضاء

سيرة

LOT: 201829
PER: 12-2023
PPV: 19,30DH

Sous licence de FRESNIUS Kabi

4500

الدار البيضاء، في

1616 Betasine Rouge

ban 0 reg

6680 Rouquine

1 cen + 3

1950 Cicatyl

1 cen + 3

2x1930 Tetraoneine

1 m le m

5410 Dupatalin

1 gel + 2 cen

2x4510 Lactulose

2000

9910

الدار البيضاء 05 22 49 28 93 / 05 22 47 25 77 - الهاتف

70, Bd. Zerkouni - 2ème Étage - Appt N°5 (Face au Marché de)

Tél: 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - E-mail: housni.jaouad

LOT: 201829
PER: 12-2023
PPV: 19,30DH

Sous licence de FRESNIUS Kabi

45,00

LOT 201158
EXP 04/2023
PPV 99.00DH