

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

- 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 Aja Ben Abdellah - 6ème Etage Angic Rue Mohamed Fakir et Rue Ali Ben Abdellah - quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-409114

35804

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2538

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KACHANI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : JAMILA 5 Rue 187 N° 29 cité Ajemaa CASA 04

Tél : 0667028896

Total des frais engagés : 292,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BOUZOUBAË Mohamed
Médecine Générale-Médecine du Travail
97, Avenue Oued Eddahab Jamila 5
C.D. CASA
Tél : 06 67 02 88 96

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/2/2020

Nom et prénom du malade : M. KACHANI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 :

Le : / /

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

15/7/2020	e		150,00	INF : 091038900 Dr BOUZOUBAA Mohamed Médecine Générale-Médecine du Travail 97, Avenue Oued Eddahab Jamila 5 C.D. CASABLANCA Tél: 06 62 08 12 70
-----------	---	--	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE BEN EL MOATAZ
 DR BENKIRANE HANANE
 JAMILA RUE 165 N° 9
 CASA TEL 022 59 53

15/07/20	192,60
----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

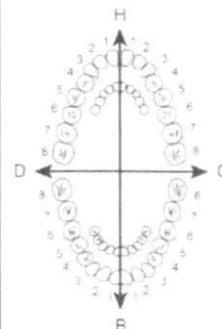
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

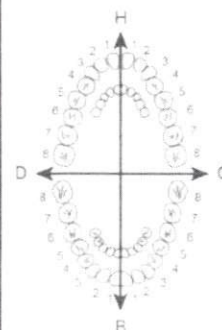
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
25533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel Thérapeutique: nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BOUZOUBAA Mohammed
Médecine Générale Médecine du Travail
Expert Assermenté près les Tribunaux de Casablanca

الدكتور بوزوبع محمد
الطب العام طب الشغل
خبير محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء

Casablanca le 15-7-2020 في الدار البيضاء

O R D O N N A N C E

(^{me} KACHANI Khadija

64.2023

1. Ancine plus 50/1254 (31/12/2020)
18/1

PHARMACIE IBN EL MOATAZ
DR BENKIRANE HANANE
JAMILA 5 RUE 165 N° 38
CASA TEL 022 59 59 59

192,5.

Dr BOUZOUBAA Mohamed
Médecine Générale-Médecine du Travail
97, Avenue Oued Eddahab Jamila 5
C.D. CASABLANCA
Tel.: 06 62 08 12 70

97 شارع واد الذهب جميلة 5 قرية الجماعة السبابة الهاتف : 06 62 08 12 70 الدار البيضاء
97, Avenue Oued Eddahab Jamila 5 Cité Djemaa Sbata Tel : 0662 081 270 Casablanca

