

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 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° W19-478231

40541

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3552

Société : RAM/RH

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom : Ouzine Driss

Date de naissance : 30/06/43

Adresse : Hay Salam 3 GR3 c.n°8

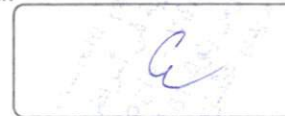
soh. ottomane

Tél : 0661/32234

Total des frais engagés : 655 + 250 = 905 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/09/2020

Nom et prénom du malade : Ouzine Driss

Age : 1943

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentaire chronique

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

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le : 17/09/2020
MUPRAS

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
12/09/12	5		850.00	INP : 09 M 91421 ZE
17/09/12	6		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
12/09/12	635,00
17/09/12	20,00

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dermatologie - Vénérologie
Lasers Dermatologiques
Dermatologie Esthétique
Chirurgie dermatologique
Ex Interne du CHU Ibn Rochd
et de l'université Saint Quentin
en yvelines Paris

إختصاصية في : أمراض الجلد ، الشعر و الأظافر
إزالة الشعر و الأوشام بالليزر
طب التجميل ، جراحة الجلد
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي
إبن رشد بالدار البيضاء و جامعة
سان كوينتين أو إيفلين - باريس

Le 3 12/03/2020

MR = AZINE Bouiss

432,00

1) balax cp 500 mg



2 cp x 31 j x 4 fois, see utilisation de l'apex

2) - vitaneuril cp



1 cp x 31 j x 1 mn's

3) - Co-doliprane cp



2 cp x 31 j x 15 j, le soir

22,80

4) - Coucidine poauddle



2 x 1 j x 15 jours, sur les lésions cutanées

5) - Sepi spirit 50cl suluxptine



Pour le doublet Quodidien, à Jucer

LOT 27003

PER: 03/23

PPV: 4500DH00

492.00

PPV

LOT

PER

28.80



PPV

LOT

PER

28.80



PPV

LOT

PER

28.80



PPV: 22DH20

PER: 04/22

LOT: J1346

LOT: 200398
PER: 03-23
PPV: 25,000DH

LOT: 001 19-N
EXP: 12/2021
PPC: 98,20 DH

Docteur BOURAS Meriam

الدكتورة بوراس مريم

Dermatologie - Vénérologie
Lasers Dermatologiques
Dermatologie Esthétique
Chirurgie dermatologique
Ex Interne du CHU Ibn Rochd
et de l'université Saint Quentin
en yvelines Paris

إختصاصية في : أمراض الجلد ، الشعر و الأظافر
إزالة الشعر و الأوشام بالليزر
طب التجميل ، جراحة الجلد
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي
إن رشد الدار البيضاء و جامعة
سان كوينتين أو إيفلين - باريس

Les 17/08/2020

MR = OUZINE DR'ss

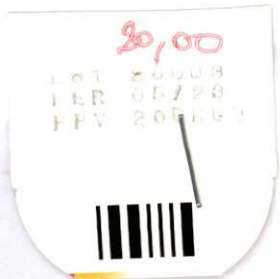
20,00

U- Clevideau Crème (S.V) 1x 1 $\frac{0}{5}$ 1x 4 $\frac{5}{5}$, sur l'estomie de gortrop

Ordo

Par : 

Ordonnance préparée
Par : 



PHARMACIE BEN M'SICK
Dr Lalla KHEMBOUJI Pharmacienn
130-134, Rd. Al Khairiyya
Bordj Boujafer - Casablanca - 20.700
Tel: 0522 37 01 25 - Fax: 0522 59 55 77