

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

- 0 Réclamation contact@mupras.com
- 0 Prise en charge pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 1er étage Angle Rue Mohamed Fakhir et Rue Aïal 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° W19-503611

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6439 Société : RAM (42999)

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJ HAMOU NADI

Date de naissance : 18/04/1965

Adresse : N°10 LOT AIN DIAB 2 CASABLANCA

Tél : 066133944 Total des frais engagés : 442,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. F.Z. MOUSSAOU
HAJ HAMOU
Lotissement Zoubir-Imam, 112
Appt. JOUEFA - GASA

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Haj Hamou Nadi

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Tendinite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances 06 OCT. 2020

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 : 05/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
1/2020	C	1	CG	IMP: 08/11/4520 HAJ. MOH Lotissement Zoubir App. 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Zoubir Lotissement Zoubir App. 40 Tél : 05 22 934 150 Mme. KABBAJ MARIAM		142,50

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.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IMP : <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433553 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			H			D	25533412 00000000	21433553 00000000	B	00000000 35533411	00000000 11433553	G			
	H															
	D	25533412 00000000	21433553 00000000													
	B	00000000 35533411	00000000 11433553													
	G															
	(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

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Oulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير
(مجموعة الضحي) عمارة
112 I شقة 4 الألفة
الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le 05 / 10 / 2020 في الدار البيضاء،

M. Haj Hamou Nadi

37,00 x 2

1) buxol 500 mg (x 2)
2 cp x 2/j =

SV

VOXOL 500mg/2mg
de 20 comprimés

37,00

2) 85,50 x 2
Newflex Warm gel (x 2)
1 appl. x 3/j =

SV

ISOPHARM
NEWFLEX WARM GEL
85.50 DH

46,60 x 3

3) D. Cure forte (x 3)
1 amp / sem (x 2)
puis 1 amp / mois

SV

Pharmacie Zoubir
Mme. KABIRI
Lotissement Zoubir
CASABLANCA
Tél : 05 22 93 41 48

ISOPHARM
NEWFLEX WARM GEL
85.50 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

4) 57,20
Bedelix solut.
1 solut x 2/j =

SV

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

BEDELIX 3G
SACHETS B30

P.P.V : 57,20 DH

LOT : 8MA203
PER : 06/2023

118000 010234

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMMOU
Lotissement Zoubir, Imm. 112 I
App. 4 - Oulfa - Casa