

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

- Reclamation : 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° W19-528785

ND: 22611

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02611 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25/11/1962

Adresse : Résidence ALWANDA 2^e M^e S. BERRECHID

Tél. : 0673117652 Total des frais engagés : 560,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 MAI 2020

Nom et prénom du malade : BASSIME AHMED Age : 58

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : dyspepsie 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

Le : 19 / 05 / 2020

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
19 MAI 2020	G	C2	250	INP : 6910 765 870

Dr. Jaouad HOUSNI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
76, Bd. Zerkouni Appt 14
Tél: 49 28 91 / 47 25 77 CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JESSOU Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél: 05 22 81 17 67	19/05/2020	310,70

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
		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 :

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	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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien chef de Service de Gastro-Entérologie

des Hôpitaux El Ghassani à Fès

et Baouafi à Casablanca

Explorations Digestives

الدكتور جواد حسني

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)

خريج كلية الطب بتولوز

رئيس سابقا بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى الغساني بفاس - وبوفاي بالدار البيضاء

الفحص بالآليات البصرية

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir benou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64050MP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir benou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

UT. AV.: 08 | 22 P.P.V

LOT N°: 079 | 79 79 50

PPV | 34DH50
PER | 07-22
LOT | 11756

32,80

310,79

الصيدلية
PHARMACIE DU JASMIN
Mme LAMRANI Rajna
61, Avenue 2 Mars
Tél: 05 22 81 17 67

Dr. Jaouad HOUSNI
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
70, Bd. Zerketouni - 2^{ème} étage
Tél: 49 28 93 / 47 25 14

70, شارع الزركطوني - الطابق الثاني - رقم 5 (أمام سوق الورد) - الهاتف : 05 22 49 28 93 / 05 22 47 25 77 / الفاكس : 05 22 49 28 93 - الدار البيضاء

70, Bd. Zerketouni - 2^{ème} étage - Appt. N°5 (Face aux Marchés de Fleurs) - Casablanca

Tél : 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - Fax : 05 22 49 28 93 - E-mail : housnijaouad@hotmail.fr