

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 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

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 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

N°: 29732
Déclaration de Maladie
N° P19- 068552

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : CASA
Tél : 0663471851 Total des frais engagés : 169,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Zakia Soubhi
ORL
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca
Date de consultation : 19/06/2020
Nom et prénom du malade : BOUKDOUR Brahim Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : CASA Le : 19/06/2020
Signature de l'adhérent(e) : Boukhour

مصححة
المدينة
CLINIQUE
AL MADINA

* Pour PEC Pharmacie Mohamed V - CASA
مركز أمراض الدم والآنكولوجيا
Centre d'Hématologie & Oncologie
MLe = 4151

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 22 juin 2020

BOUKDOUR Brahim

1/ PEGASYS 135 µg SOLUTION INJECTABLE

1 inj SC /sem x 3 mois

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1148540	N° SEJOUR :	200033234	FACTURE N° 2002007612		DATE D'ENTREE : 19/06/2020		DATE DE SORTIE : 19/06/2020			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUKDOUR,Brahim					
MALADE : BOUKDOUR,Brahim											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant :	10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS			PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 19/06/2020			EDITEE LE : 19/06/2020		PAR: ZBIRY		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :				
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

Dr. Zakia Soubhi
O.R.L
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca