

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

ND: 29736

Déclaration de Maladie : N° S19-0018351

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 556 Société : Retraite

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADOUANE Bouchaid Date de naissance : 1/1/1945

Adresse : Rue Ait Gurin Residence IBTIKAR (A)

Tél. : 0661635848 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : E. HAFIANE Radia Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie cérébrale

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) : Adouane

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
15/04/2020	2		6000dh	
	RECHERCHES			
25/06/2020	2		6	

Cachet et signature du Médecin attestant le Païement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie  Mezha El Aoud Docteur en Pharmacie 10, M. Bourdoux - Casablanca Tel: 05 22 48 21 71 / Fax: 05 22 28 19 18	25/4/2020	693,45
092010982		

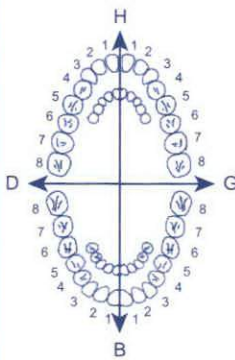
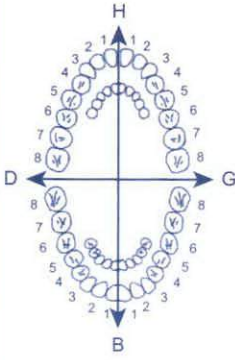
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
						MONTANTS DES SOINS													
						DEBUT D'EXECUTION													
						FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. BELYAZID Brahim

الدكتور بليزيد ابراهيم

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي
و الأمعاء و الكبد
- جراحة المرارة - الجراحة بالمنظار

لدرقية CLARIL®
PPV : 160.00 DH
6 118000 190001

بناسي - فرنسا
NEOMOX®
PPV : 64.00 DH
6 118000 190622

Casablanca, le : 25/10/2021

ABDELMOUMEN RACHID

160,00 x 1

1) Claril y

64,10 x 1

2) Neomox x 1

49,80 x 2

3) Flagyl y

220,95 x 1

220,95

4) Biotomac

96,00 x 1

5) Pringel x 1

12,80 x 1

693,45

مجموع

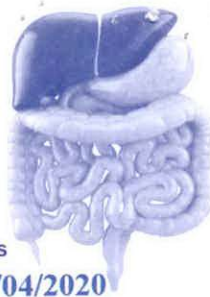
Dr. BELYAZID Brahim

مجمع عبد المومن - الطابق الثاني الرقم 210 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual & Bd Abdelmoumen - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 30 10 المحمول : 06 61 19 65 96

Dr. BELYAZID Brahim

الدكتور بليزید ابراهيم



- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale

15/04/2020

- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي و الأمعاء و الكبد
- جراحة المرارة
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة البواسر
- جراحة الشرايين
- جراحة الفتق

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

NOM : AADOUANE
PRENOM : RACHIDA

FOIE : HOMOGENE DE VOLUME NORMAL DE CONTOURS REGULIERS.

VESICULE BILIAIRE LIBRE A PAROI FINE.

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE ET TRONC PORTE DE CALIBRE NORMAL.

LES DEUX REINS, LARATE ET LE PANCREAS SONT NORMAUX.

ABSCENCE D'ASCITE OU D'ADENOPATHIES PROFONDES.

CONCLUSION : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE.

دكتور بليزید ابراهيم
Dr. BELYAZID Brahim
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen,
CASA - Tél : 05 22 86 30 10 / 86 30 11
GSM : 06 61 19 65 96

مجمع عبد المومن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 210 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 30 10 المحمول : 06 61 19 65 96

