

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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-581491

65527

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 627 Société : RAM

☐ Actif ☒ Personné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AIT M'HAMED AHMED

Date de naissance : 12/03/1944

Adresse : HAY EL ALAM RUE MADYAK
TODD SHA N° 61 CASABLANCA

Tél : 0694605386 Total des frais engagés : 300 A 2014 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Hanane BOUSTEY
Cardiologue
Cabinet de Cardiologie
et d'Explorations Cardiaques
115, Avenue d'El Fakhri - Casablanca
Tél : 05 22 23 53 27 - Urg : 06 61 23 56 56

Date de consultation : 09 MAR 2021

Nom et prénom du malade : AIT M'HAMED Khadija Age : 76 ans

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

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique autonome
HTA Dyslipémie

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 : (785) Le : 09/03/2021

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
09 MAR. 2021	CS, ECC		30900	INP : BOUGTEB Hanane INPE : 091034413 Docteur Hanane BOUGTEB Cabinet de Cardiologie et d'Explorations Cardiovasculaires

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
09/03/2022	2644,00

[illegible]

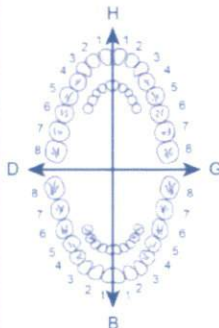
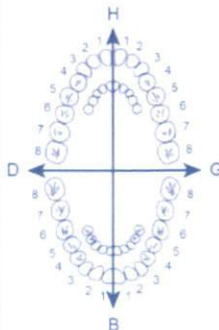
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUGTEB Hanane

*Spécialiste en Pathologie
Cardio-Vasculaire*

Diplômée de la Faculté
de Médecine Hassan II de Casablanca
DIU d'Echocardiographie
et d'épreuve d'effort
Université de Bordeaux Segalen 2

الدركتورة بوطيط حنان
أخصائية في أمراض القلب
والشرايين

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى
وفحص الجهد وإعادة التأهيل
القلب والأوعية بجامعة بوردو سيغالين 2

Casablanca le

09 mars 2021

Mme AIT M'HAMED KHADIJA

Régime peu salé

PRADAXA 110MG N°4

1 comprimé le matin un comprimé le soir pendant 3 Mois

ANGINIB 50MG/ 28CP N°4

1 Comprimé Matin pendant 3 mois

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TAT Pharmacie
42, Rue d'Ibrahima - Casablanca
Tél: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05

Docteur Hanane Bougteb
Cabinet de Cardiologie
et d'Explorations Fonctionnelles
115, Anoual Office 1er Etage
Boulevard Anoual - Casablanca
Tél: 05 22 22 53 27

28 Comprimés pelliculés

LOT : 247

PER : DEC 2023

28 Comprimés pelliculés

LOT : 243

PER : NOV 2023

PPV : 80 D4 00

28 Comprimés pelliculés

LOT : 243

PER : NOV 2023

PPV : 80 D4 00

LOT : 243
PER : NOV 2023
PPV : 80 D4 00

115, إقامة أنوال أوفيس الطابق 1 الرقم 2 شارع أنوال حي المستشفيات الدار البيضاء

115, Anoual Office 1er Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb@gmail.com
Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094

BOTTU S.A.
 Laboratoire Pharmacie Moderne
 Boite de 30 Gélules
 PV : 531,00 DH
 301537-02

6 118001 040346
 Pradaxa 110mg

BOTTU S.A.
 Laboratoire Pharmacie Moderne
 Boite de 30 Gélules
 PV : 531,00 DH
 301537-02

6 118001 040346
 Pradaxa 110mg

BOTTU S.A.
 Laboratoire Pharmacie Moderne
 Boite de 30 Gélules
 PV : 531,00 DH
 301537-02

6 118001 040346
 Pradaxa 110mg

BOTTU S.A.
 Laboratoire Pharmacie Moderne
 Boite de 30 Gélules
 PV : 1026,00 DH
 301538-02

6 118001 040353
 Pradaxa 110 mg

احترام الجرعات الموصوفة
 RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

