

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 (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° M20- 0005214

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1983 Société : RAC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARRIS KAMAL

Date de naissance : 30-03-1953

Adresse : 11 Rue Hassan II, Casablanca

Tél. : 0673349119

Total des frais engagés : 721,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELAHMER Mohammed Fouad

Dermatologue - Vénérologue
Médecin Assesseur Préf. des Tribunaux
72, Rue Abdou Moukoko, Hay de Dôme
Madin - Casablanca
Tél. : 05 22 99 47 36

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 / 04 / 2021

Nom et prénom du malade : BOUKHARRIS Kamal Age : 68

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

Nature de la maladie : Douleur vésicale

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 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/04/2021	CS	CS	GRATUIT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABOU SOULAIMANE GHIZLANE ELARABI 4, Rue Abou Souleiman El Khattabi Casablanca - Tél: 0522 99 41 41	19/04/2021	721,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

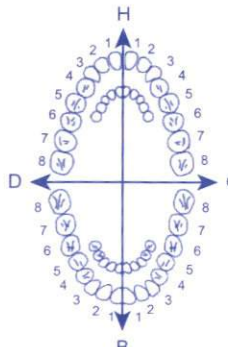
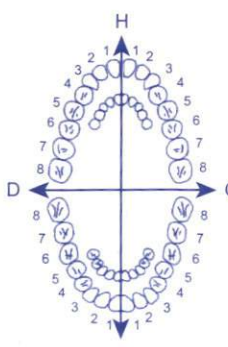
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				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 colspan="2">D</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> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				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

Dr BELAHMER Mohamed Fouad

DERMATO-VENEROLOGUE

Spécialiste des Maladie de la Peau

du Cuir Chevelu et

Des Maladies Sexuellement Transmissibles

Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طبيب محلف لدى المحاكم

PHARMACIE ABOU SOULAIMANE

OM ELANE LARABI

4, Rue Abou Soulaïmane El Khattabi

Casablanca - Tél: 05 22 92 90 44

Casablanca, le : 14/4/2021

MR Boukhriss Kanael

15

MR, 50 - SEPCEEN 250 mg
1 cr 3/j

15

54,60 - KEFSAL 7,5 cr
1 cr 2/j

15

49,00 - BELNAZOL 20mg gelules
1 gelule / jour

15

10,60 - SOLISTOP 1000
1 cr 2/j

15

147,50 x 3 - IPROST LP 10mg
1 cr 1/j

PPV : 147,50 DH

IPOST LP 10mg

30 comprimés à libération prolongée

PPV : 147,50 DH

Remboursable AMO



6 118001 071548

72, Rue Ab

dôme

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 99 47 36

Dr. BELAHMER Mohammed Fouad
Dermatologue / Vénérologue
Médecin Assermenté Prés des Tribunaux
72, Rue Abdellah Baji Place de Puy de Dôme
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 47 36

72 زنقة عبد الله رجيع (بيروني سابقا) ساحة بي دو دوم

المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 99 47 36