

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-542761

78947

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5088

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

EL KHAZRAJ, Bahija

Date de naissance :

13/09/58

Adresse :

Tél. :

06 61 06 44 42

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Père, Mère, Ziraoui

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affect. Neurologique

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 :

05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ELB

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : prc@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 05-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Adh. Epp. Abdelhak - Basse Hage Anje - Rue Mohamed Fakir - Pte Attar - 20000 Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com

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
03/05/21			20000	Dr. HANANE NEIROLOGUE Par Bd. Zineoui 64, Rue Med Sedki Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Abou Hassan Saghir Extention Casa Tél 23.17 00	03/05/21	2489,80

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée. Facte 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																												
				MONTANTS DES SOINS []																												
				DEBUT D'EXECUTION []																												
				FIN D'EXECUTION []																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1533412</td> <td>2143550</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H				1533412	2143550			0000000	0000000			D			G	0000000	0000000			0000000	0000000			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																															
	1533412	2143550																														
	0000000	0000000																														
	D			G																												
	0000000	0000000																														
	0000000	0000000																														
	B																															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS []																												
				DATE DU DEVIS []																												
			DATE DE L'EXECUTION []																													

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hanane Ramzi

NEUROLOGUE



الدكتورة حنان رمزي
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

Spécialiste des Maladies
du système nerveux, du Muscle
et de la colonne vertébrale.

Electroencéphalographie (EEG)
Electromyogramme (EMG)

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage
par Bd. Ziraoui - Casablanca
Tél: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

والعضلات والعمود الفقري.
مرض الصرع

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب

64, زنفة محمد صدقي - الطابق الأول رقم 2

عبر شارع الزيراوي - الدار البيضاء

06 15 20 55 86 - 05 22 27 81 82

CASABLANCA, le

03.05.2021

الدار البيضاء، في

BAH CHOUH

506.00 X3

1. Dopa

26.50 X4

2. Vit C 1000

167.40 X2

3. Medin

No - Sep

26.70 X2

7.13 X6

Tamp

in de 03 mai

240986

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

LOT: 031
PER: NOV 2022
PPV: 167 DH 40

PER: MAR 2023
PPV: 167 DH 40

LOT: 34
PER: DEC 2022
PPV: 126 DH 80

LOT: 34
PER: JAN 2023
PPV: 126 DH 80

Dr. Hanane RAMZI
NEUROLOGUE
64, Rue Med Sedki - par Bd Ziraoui
1er Etage Apt. n°2 - CASABLANCA
Tél: 0522 27 81 82 - 06 15 20 55 87

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30