

CONDITIONS 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.

Prothèse :

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

Information : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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- 0005320

MUPRAS
RECEPTION 9

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

8306

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GHAZZAR Abdelhakim
Date de naissance : 15/03/1956
Adresse : 469 Lot ANASS DEROVA
Tél. : 076608/1968 Total des frais engagés : #596,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENBRAHIM Brahim
NEURO-PSYCHIATRE
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya
4ème étage Casablanca
Tél : 022 26 53 47

Date de consultation : 27/08/2021
Nom et prénom du malade : GHAZZAR ABDELWAHEB Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : anxiété
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 : 27/08/2021
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
27/08/2021	C3	—	300,00	<p>Docteur El Ghannam Ibrahim NEURO-PSYCHIATRE 11, Bd. Zerkoune - Résidence Tardaya 4ème étage - Casablanca Tél : 02 38 81 11 11 - Fax : 022 29 53 47</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL OUMMAM 244 lotissement el wafaa Derboua Fix : 05.22.53.20.44</p>		296,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

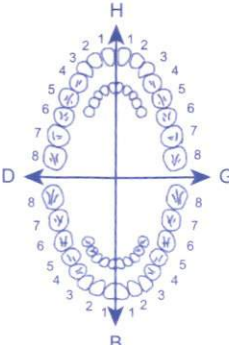
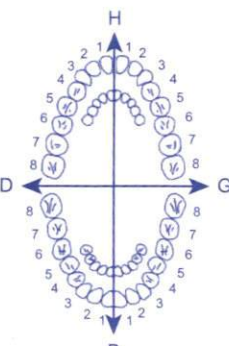
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur BENBRAHIM Brahim

NEURO - PSYCHIATRE

11, Bd.Zerktouni "Résidence Tarfaya"

4ème Etage, App 12 - Casablanca

Tél : 05 22 22 16 81

Fax : 05 22 26 53 47

الدكتور بنبراهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية و العقلية و النفسية

11، شارع الزرقطوني " إقامة طرفاية "
الطابق الرابع الشقة رقم 12 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 16 81

الفاكس : 05 22 26 53 47

Casablanca, le 27 Août 2021

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

124,90x2

INIBER 50

SV

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

27,10

SV

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

296

Docteur BENBRAHIM Brahim
NEURO-PSYCHIATRE
11, Bd. Zerktouni - Résidence Tarfaya

Traitement continu jusqu'au prochain Rendez-vous le 27/10/21

Tél : 05 22 47 34 53 - 05 22 47 36 14 : الهاتف - السلطان الدار البيضاء - في حالة الإستعجال المرجو الإتصال بمصحة البساتين محج مرس السلطان الدار البيضاء - الهاتف

En cas d'urgence s'adresser à la clinique des jardins, 206 Avenue Mers sultan - Casablanca - Tél : 05 22 47 34 53 - 05 22 47 36 14



124,30

124,30

UT. AV :

02 2024

P.P.V

23 / 10

LOT N° :

130244

13,10

UT. AV :

02 2024

P.P.V

23 / 10

LOT N° : 130375

28,10