

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

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

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 073122

88464

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1697 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور لمياء حشاني السرفاوي
Dr. Lamia HASSANI CHERKAOU
Pneumologue - Allergologue
485, Bd Oued Oum Rabii Hay Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 69 24 21

Date de consultation : 04 / 10 / 2021

Nom et prénom du malade : M. EL HACHOU EL KH Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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

04/10/2021 G G 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

 4/10/21 401.20

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

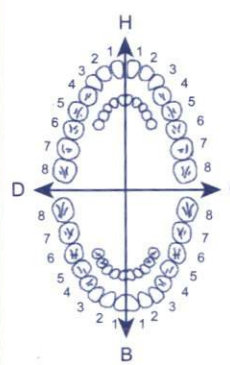
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



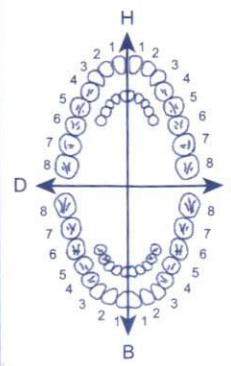
COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX 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. Lamia HASSANI CHERKAQUI

Pneumo - Allergologue

Diplômée de la faculté de Médecine de l'université

Hassan II de Casablanca

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd

Ancienne Résidente au service de pneumologue Hôpital 20 Août

Ancienne pneumologue au CDTMR Saïda à Hay Mohammadi

Ex. Déléguée du Ministère de la santé à la préfecture

d'Arrondissement Ain Chock

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Asthme - Allergies Respiratoires - Tuberculose - Tests Cutanés

Pathologie du Sommeil - Sevrage Tabagique - Spirométrie



الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريجة جامعة الحسن الثاني للطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة أمراض الجهاز التنفسي سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيبة أمراض الجهاز التنفسي سابقا بمركز تشخيص داء المل

والأمراض التنفسية بالحي المحمدي

مندوبة وزارة الصحة سابقا بعمالة مقاطعة عين الشق

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي - الضيق - داء المل

أمراض الحساسية - الإقلاع عن التدخين - أمراض النوم

04/10/2021

Mme El Hellouli Fatil

170.00

58.40

67.00 x 2

38.80

401.20

- 1) **Ofiken 200**
01 cp 2x/jour pendant 0
- 2) **Solupred 20mg**
03 cp à faire diluer dans
après le petit déjeuner p
- 3) **Ultra-Levure**
01 sachet 3x/jour
- 4) **Fluibron**
01 ccs 3x/jour

Lot : 6175
مجموعة
Fab : 07/20
صنع
EXP : 07/23
صلاح لغاية
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

Lot : 6126
مجموعة
Fab : 05/20
صنع
EXP : 05/23
صلاح لغاية
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

38.80

LOT 212156
EXP 08 23
PPV 170.00 DH

Solupred® 20mg

485, Bd Oued

أمام مختبر كريم لأب ف

فيما هو فوقه لوكالة لال بنك بولاي
عن فاع لال لابورالوري «KARIMLAB», Casablanca

05 22 69 24 21 / Urgences: 06 61 89 84 25 / hassani.lamia@yahoo.fr