

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 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° W21-655730

111307

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9378** **RM**

Matricule : Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Bziou Rachid**

Date de naissance : **31.01.66**

Adresse :

Tél. : **0661557688** Total des frais engagés : **1242,70** Dhs

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr. M. EL KASSOUANI**
DERMATOLOGUE

Cachet du médecin : **Angle Bd. AL QODS - Route 1021**
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél. 05 22 97 55 14

Date de consultation : **30/3/2022**

Nom et prénom du malade : **Bziou Rachid** Age :

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

Nature de la maladie : **Affection de longue durée**

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 : **111307** Le : **30/03/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
30/3/22	Ce	Ce	309,00	INF : 09/10/22 866
08/4/22	Ce	Ce	614,00	DR. M. EL KASSOUANI DERMATOLOGUE Angle Bd AL 900S - Route 102 Sidi Maarouf - CASABLANCA 05.22.97.55 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

30/03/22 591,70
08/04/22 351,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

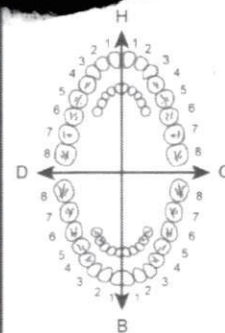
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

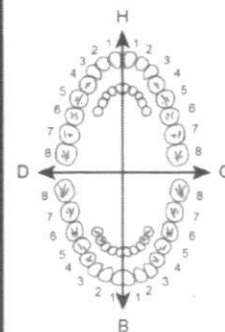
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 35533412 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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. M. ELKASSOUANI

DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Poitiers - France

الدكتور م. الكسواني

طبيب اختصاصي
جراح كلية الطب بواتي - فرنسا

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Maladies sexuellement transmissibles

أ - أمراض الجلد، الشعر والأظافر

الأظافر
لية

2022/4/08

Casablanca, le 30/3/2022

Rahid BZIOU
(134,50x4)

- Fucidone 250 mg

2 - 0 - 2 x 10j

14,00

- Helixoline

39,70 et et

- Fucidone 250 mg

et et

T = 591,70



عابر للجلد
إكزاميديين

14,00

فوسيديين 2%
أنبوب من 15 غ

39,70

DR. M. EL KASSOU
DERMATOLOGUE

Angle Bd. AL Qods - Route 1021
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél : 06 22 97 55 14 - GSM : 06 16 03 57 71

Angle Bd. Al Qods & Bd. Aoubakr El Kadiri - Sidi Maârouf - 20280 Casablanca - Tél : 06 22 97 55 14 - GSM : 06 16 03 57 71

Dr. M. ELKASSOUANI
DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Poitiers - France

الدكتور م. الكسواني

طبيب اختصاصي
خريج كلية الطب بواتي - فرنسا

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Maladies sexuellement transmissibles

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- جراحة الجلد والأظافر
- الأمراض التناسلية

Casablanca, le 08/6/2022

Rachid BZIOU

LOT: 0095
EXP: AOI 2024
PPV: 37,80 DH

- Efficat crème Lipoproté

le dir.
245,00

- Créasur Ulda 10 I.S.D.

le at.
89,00

- Septisol pH 5

SEPTIDOL 5 250
LOT: ALA49
EXP: 12/2023
PPC: 89.00DH

feuille le dir. de rincer
à l'eau.

351,00

PHARMACIE AHMED ALI
Sidi Maârouf - Casablanca
Tel / Fax : 05 22 97 32 46
GSM : 06 61 60 54 60

M. EL KASSOUANI
DERMATOLOGUE
Angle Bd. AL QODS - Route 1021
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél.: 05.22.97.55 14