

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 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 Étage 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° W21-696842

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11694 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HACHIMI KHALID
 Date de naissance : 17/02/1970
 Adresse : 32 RUE SOUS, QUARTIER CUBA CASABLANCA
 Tél. : 0672963256 Total des frais engagés : 445,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ABDELALI Abdeljalil
 Médecin généraliste
 16, avenue El Haouz, 1er étage
 Takaddoum - Rabat
 Tél. : 05 37 65 90 16
 Date de consultation : 13/04/2022
 Nom et prénom du malade : SHAADHOU ROYAA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleurs + Névralgies
 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 : 13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 Règlement des Actes
28/03/02		1	150,00	<p>Dr. ABDELALI Abdeljalil</p> <p>Médecin généraliste</p> <p>16, avenue El Raouz, 1er étage</p> <p>El Hadoudou - Rabat</p> <p>CS 90 16</p> <p>INP: INPR: 101169001</p> <p>ICE: 001644468000037</p> <p>IF: 14455816</p> <p>RC: 805 - CNSS: 9096307</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28 03 22	295,40

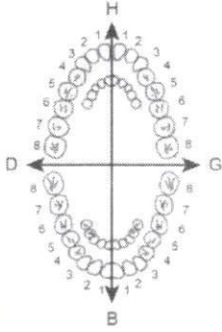
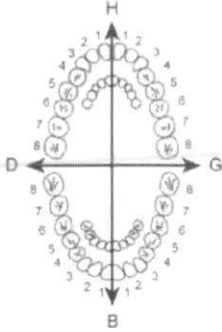
[illegible][illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABDELALI Abdeljalil

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
DIU de la Faculté de Médecine de Bordeaux

**Médecin Agrée pour la Visite Médicale
pour le Permis de Conduire**

Echographie - Electrocardiographie
Adultes et Enfants

M^{de} : 11694

SAADAOUI RAJAA

- 1) INESO 20 mg:
1 gél matin avant le petit déjeuner et 1 gél le soir au coucher pendant 14 jours
- 2) ARTYX comprimés 15 mg:
1 comprimé par jour à prendre au milieu des repas pendant 14 jours
- 3) ACETHIO 500mg comprimés:
1 comprimé Matin Midi et Soir pendant 7 jours
- 4) EUCARBON comprimés:
1 comprimé 2 fois par jour (1boite)

4 Médicaments non renouvelables et non substituables sans u
d'intolérance ou d'allergies prière de contacter votre médecin ou

دكتور عبد العالي عبد الجليل

طب عام

خريج كلية الطب بالرباط وبوردو
طبيب معتمد للفحص الطبي للقدرة على السياقة
الفحص بالإيكوغرافية و تخطيط القلب
للکبار والصغار

Rabat le 28/03/2022 14:18

ريق الفم

LOT: M0570
PER: 07/2023
PPV: 139.00 DH

87,40

PPV :

LOT :

EXP :

37,00

Lot:

32,00

EXP:

08 2026
32 000 DHS

PPV:

Dr. ABDELALI Abdeljalil
Médecin généraliste
16, avenue El Haouz, 1er étage
Takaddoum - Rabat
Tél.: 05 37 65 90 16

INPE 101169001 - ICE : 001844468000037 - RC: 805 - IF: 14455816 - TP:25947805

Rendez vous de contrôle à respecter le : à

16, Avenue Al Haouz, Gpe Argane - Takadoum . Rabat
(en face de la CNSS) INP : 101169001
Tél : 05 37 65 90 16

16، شارع الحوز، مجموعة أركان - حي التقدم . الرباط
(قبال الضمان الإجتماعي)
الهاتف : 05 37 65 90 16