

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° W21-696844

☒ 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 CURA
CASABLANCA

Tél. :

0672 96 32 56

Total des frais engagés :

541,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN AGREE CONTRÔLEUR CASS
INPE : 101169081
ICE : 001844468000037
AF : 14455816
AC : 885 - CMSS : 9096307

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HACHIMI KHALID

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Costalgie 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 :

Casablanca

Le :

13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

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
28/03/22		1	150,00	MEDECIN AGREE CONTROLEUR CNSS INPE : 101169001 ICE : 001844468000037 IF : 14455816 CC : 805 - CNSS : 9096307 Dr. ABDELALI Abdeljalil Médecin généraliste 16, avenue El Hasouj, 1er étage Tél: 05 37 65 90 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASOUI 0522 20 85 74 Tél: 05 37 65 90 16	28.03.22	305,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

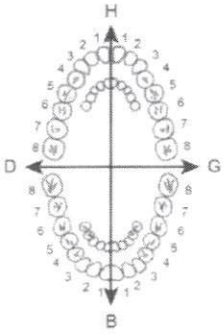
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, 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	DNP : <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"/>

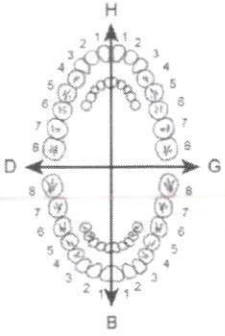
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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

M^{le}: 116 94

Docteur ABDELALI Abdeljalil

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

DIU de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Médecin Agréé pour la Visite Médicale

pour le Permis de Conduire

Echographie - Electrocardiographie

Adultes et Enfants

الدكتور عبد العالي عبد الجليل

طب عام

خريج كلية الطب بالرباط وبوردو

طبيب معتمد للفحص الطبي للقدرة على القيادة

الفحص بالإيكو غرافية و تخطيط القلب

لل كبار والصغار

Rabat le 28/03/2022 14:31

HACHIMI KHALID

1) INESO gélule 20mg:

1 gélule le matin avant le petit déjeuner et 1 gélule le soir au coucher pendant

14 jours

2) REFLUXAID solution buvable:

1 bouchon dose après chaque repas et 1 bouchon dose a

3) EUCARBON comprimés: 1 comprimé 2 fois par jour (1

4) EXTRAMAG op tricouche:

1 comprimé le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

5) MELOXAM 15 mg comprimé:

1 comprimé par jour pendant 14 jours AU MILIEU DU GRAND REPAS

5 Médicaments non renouvelables et non substituables sans un avis médical En cas d'intolérance ou d'allergies prière de contacter votre médecin ou les urgences

MÉDECIN AGRÉÉ CONTRÔLÉ CNSS
INPE : 101169001
ICE : 001844468000037
IF : 14455816
RC : 805 - CNSS : 9096307

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

A consommer de préférence avant fin :
n° de lot :

PPC = 95,00 DHS

LOT 201202
PER 07/2023
PPV 60 DH 90

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