

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-709722

115593

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3627	Société : <i>RAT</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Hassam</i>
Nom & Prénom : <i>Bencissaa Hassam</i>			
Date de naissance : 07.11.63			
Adresse : <i>El Ghazella</i>			
Tél. : 061259977	Total des frais engagés : 350 + 31,60 = 381,60		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : <i>H.HAMAN</i> <i>04/05/2022</i>	Date de consultation : <i>04/05/2022</i>	Nom et prénom du malade : <i>Bencissaa Hassam</i>
	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Nature de la maladie : <i>Trouble digestif</i>	Age: <i>58</i>
	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'att. médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Carap* Le : *04/05/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *04/05/2022*

RELEVE 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
04/05/2022 (cc.)			300 Dhs	<p style="text-align: center;">INP : 0903909090</p> <p style="text-align: center;">F. Jepato-Gas. 0-EMC</p> <p style="text-align: center;">Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus</p> <p style="text-align: center;">2ème Etage Oulifa Casablanca</p> <p style="text-align: center;">Tél: 05 22 90 05 22/06 61 51 22 3A</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JAN du Marchisseur Dr. Behmane Jaafar 2, Bd Oum Sobou - Oum ÉASAYLANCA Tél: 063 72 20 20	01.05.2022	1.311,60

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan clinique.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Hépato - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule)



اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج



PPV 14.50 DH
LOT F062 RER 07/23

• Suppositoires

14.50 x 3.

1 AM
S.I.

Casablanca, le:

04/06/2024

Dr. Rachida BENSCRI - Entérologie - Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Casablanca
2ème Etage Oulfa 6151 2234
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 2234

- 15 eff.

1 mor en l d

39,80.

68,60

37,00

102,70

1 - 311,60 .

Dr. Rachida BENSCRI
tépato-Gas. o-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L30
2ème Etage Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 2234

Dr. Rachida BENSCRI
tépato-Gas. o-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L30
2ème Etage Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 2234

هيبات
قرص 20

A consommer de préférence avant fin :
Lot n° Per : 11-2024

هيبات
قرص 40

A consommer de préférence avant fin :
Lot n° 11/2024
X327C

DUOXOL 500mg/2mp
Boîte de 20 comprimés

37,00

112,70

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm L 30 - 2ème Etage - Oulfa
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

A4, 50

I
I
I
I
I

II
II