

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° W21-710386

11 8676

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GESSOUR

OUN RECTOUD

Date de naissance : 28/12/1978

Adresse : 478, rue des Eucalyptes CGR, ville n°1

Tél. : 062774273

Total des frais engagés :

582 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 Avril 22

Nom et prénom du malade : N° GESSOUR Samir Khou

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : gastrologie

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 : 06/04/22

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
20/04/22	C	1	209,25 dh	INP : <input type="text"/> 091033365 Dr. Moumane

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/22	352,00

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				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	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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B		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"/>
H		H																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B		B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BESRI Rabéa

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée en Echographie
de la Faculté de Médecine de Paris
GYNÉCOLOGIE MÉDICALE
Médecine de Travail
Médecin Expert Assermentée
Auprès des Tribunaux

786, Bd El Qods - Mandarona - Aïn Chok
Casablanca - Tél : 05 22 50 11 82

كتورة بصري ربيعة

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى
خريجة كلية الطب بباريس
أمراض النساء
طب الشغل
طبيبة محلفة لدى المحاكم

786, شارع القدس - منظرنا - عين الشق
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 11 82

Casablanca, le 20 AVR 2022 في الدار البيضاء،

n°: G0ESS0VS 00AKELT00A

82,10 x 2
- Inexium 20 (boîte 28)
aggr 1/2

45,10
- fofarbie gel
aggr 1/2

89,00
- 300
aggr 1/2

14,00
- Heaomichie solut
aggr 1/2

39,70
- Fuiobie
aggr 1/2

T = 352,00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
118001 020591

14,00

اكزوميدلين
عابر للحل
اكزوميدلين

Pharmacie LES JOYEUX de
Res les Joyeux de
Imam El Hassan - Casablanca
Tél : 0520616171 - Fax : 0695542847
ICE: 002815451003074
Dr. MOUMANE MOUNIA

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
118001 020591

BESRI R
Casablanca
05.11.82