

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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 074314

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0034101 Société : 129775

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Charakane Zahra

Date de naissance : 01/01/1997

Adresse : Rue 151 NR 7 EP oulfen casa

Tél : 06 99 38 50 37 Total des frais engagés : 658,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2022

Nom et prénom du malade : M. CHARAKANE Zahra

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

Nature de la maladie : Suivi HTA

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

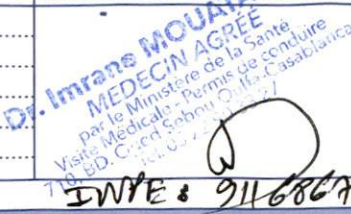
Adresses Mails utiles

- 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 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

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
20.06 2022	C		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.06/22	528,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

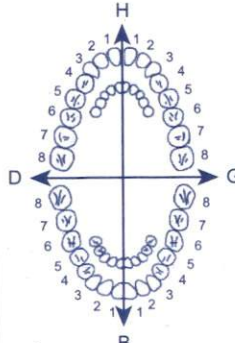
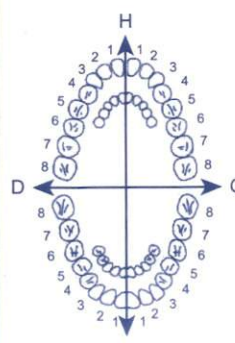
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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															
				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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </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

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVI HTA ET DIABETE

الدكتور عمران معتصم

الطب العام

دبلوم جامعي:

الفحص بالصدى

الطب الاستعجالي

التغذية والحمية

الخبرة الطبية

تتبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السياقة

Casablanca, le 20.06.2022 في الدار البيضاء،

M^{re} CHARAKANE Zahra

99,00

2/ Odis 203

1 - 0 - 0 m 1m

5,100x3

2/ Tensiotec sy

43,00x3

Anglon 1m

1 - 0 - 0 m 3m

21,80x5

4/ Aspiric 1000

1 - 0 - 0 m 3m

T. 508,00

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

ZEKR Abdelati

Docteur en Pharmacie

220-222-224 Bd Oued Sabou El Oulfa

Casablanca - Tel: 0522 90 51 13

ICE: 002201220000071

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE

par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Permis de conduire
710, Bd. Oued Sabou El Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 90 51 13

☐ Contrôle

☐ Consultation:



091168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél: 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com

57.00

PPV: 43DH00
PER: 11/23
LOT: K3096

LOT 210601
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

PPV: 43DH00
PER: 02/24
LOT: L844

57.00

57.00

LOT: 21E004
PER: 12 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT: 21E004
PER: 12 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT: 21E003
PER: 12 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT: 21E003
PER: 12 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT: 21E003
PER: 12 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113