

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.

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° P19- 055959

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8847 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RESSOUANY HASSAN
 Date de naissance : 18/03/1958
 Adresse : 9 Résidence R.I.A.D. RUE IBRAHIM KHAYRANE
MERS SULTAN 940 CASABLANCA
 Tél. : 0663.607226 Total des frais engagés : 1053,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 of 2022
 Nom et prénom du malade : Hassan RESSOUANY Age : 64 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire
 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 : 25/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
25/07/2022		05	250011	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/2022	603,30
<div> <div>PHARMACIE EL HOUDA / INPE</div> <div>092024306</div> </div>		

ANALYSE

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/07/2022	La Thonaa	900011

AUXILIAIRES MEDICAUX

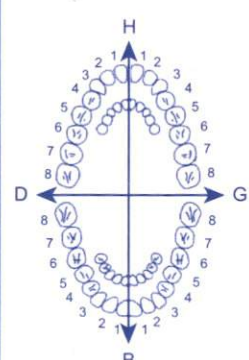
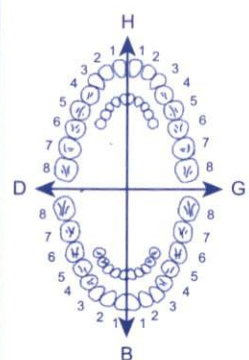
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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			
				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 <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			(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



Asthme - Tuberculose - Allergie
Bronchoscopie
Tests cutanés - EFR (spirométrie)
Pathologie du sommeil

الضيق - السيل - الحساسية
الفحص بالمنظار
فحص وظائف الرئة
أمراض النوم
إختبار الحساسية

25/07/2022

Casa Le

الدار القنطرة

PPU: 168,20 DH
LOT: 647984
PER: 08/23

N° 3 Inara 2

Hassan Ressouany



168,20

1/ Augmentin 1g

15 x 21g

52,80

2/ Amoxiclav 1g

15 x 21g

92,40

3/ De fa 30 - 8

24pl le nat (x3; 1)

210,00

4/ Flouair 10 - 8

79,90 14pl le nat (x5; 1)

PPV: 210.00 DH

5) Touche x 8 - 10

1ca 5x3 (x5; 1)

LOT 103025/FC4
PER 02/2025
PPC 79,90

الطابق الأول، شارع تازة، الرقم 3، إقارة 2، عين الشق - انداز البيضاء

1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2, Ain chock Casablanca

Tel: +212 522 521 901 / Gsm : +212 663 407 724 / E-mail : a.elidrissim@yahoo.fr

Docteur Moustarhfir EL Idrissi Amal

Pneumologue

Bd Taza N°3, Inara 2, Ain Chock, Casablanca

Casablanca, Le...

25/07/2028

Facture, Compte rendu de la Radiographie du Thorax

Mr,Mme,Mlle...

Hassan Ressouany

A subi une radiographie du thorax ce jour et a payé : deux cent dirhams (200 Dirhams)

Résultat :

Rx thorax dans les limites de
la normale

Dr MOUSTARHFI EL IDRISSE AMAL
Pneumologue
Ain Chock Casablanca Tél: 05 22 52 19 01
Bd Taza N°3 Inara 2