

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-580241

128079

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6713

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAJOUARDA FATIHA

Date de naissance :

28/04/1960

Adresse :

Tél. :

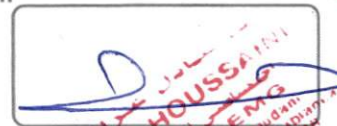
0661116998

Total des frais engagés :

300 + 814,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/06/2022

Nom et prénom du malade :

HAJOUARDA FATIHA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection neurologique

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.

Carrouge 4

Le : 08/06/22


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Allet Des Abdellah - Casablanca - Maroc - Téléphone : 0539 80 80 80 - Fax : 0539 80 80 81 - Email : contact@mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Carnet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/06/22	Angio-Houssaini		30000	ADILA RAHOUSAINI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/6/22	814, 30

[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan d				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			INP :	
			Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
			Montants des Soins <input type="text"/>	
			Début d'exécution <input type="text"/>	
			Fin d'exécution <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <hr style="margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> 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'exécution <input type="text"/>	

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

INP :

--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Electro-encéphalogramme (EEG)
Vidéo EEG
Electro-Neuro-Myogramme (EMG)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

أقامة الافتتاح - زاوية إبراهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca

Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue.ma



casablanca le : 08/06/2022

HAJOUARDA FATIHA

- Trivastal 50 mg
1 Comprimé, midi, pendant 10 jours Puis 1 Comprimé, matin, soir, pendant 10 jours Puis 1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 2 mois
- Motilium 1 mg /ml
1 CUILLÈRE matin, midi, soir, pendant ,25 jours

د. عادل العراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI HOUSSAINI
إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG-EMG
R.S. Infitah Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui 2ème Etg Maarif- Casablanca
Tel. 0522 25 02 02 / 05 222 555 66
GSM 0623 819 721



RAV 2 MOIS

PHARMACIE IBN SAHL
Lot AL Wadi N° 37
Km 17 - Ain Hachouda
Tel. 05 22 32 00 11