

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

M22- 0035961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1271 Société : Retraite
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENJOUHOU 1313
 Date de naissance : 07/10/1943
 Adresse : 0645 114940
 Tél : Total des frais engagés : 295,10 + 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAMZA OUI Omar
Médecin Généraliste et du Travail
ECG Echographie
9, Rue Zoubeir El Aouam
CASABLANCA
24.31.80 - GSM. 062.82.45.36

Date de consultation : 06/12/2022
 Nom et prénom du malade : BENJOUHOU 1313 Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 14/12/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
06/12/2022	G		Nov. D	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/12/2022	295,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

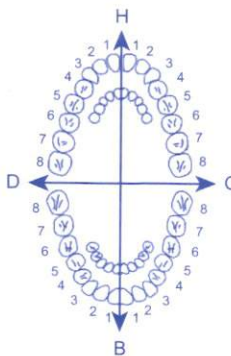
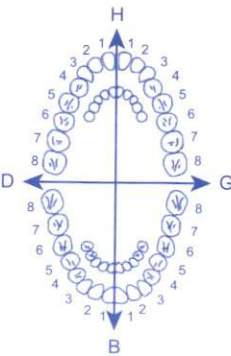
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		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

Docteur Omar EL HAMZAOU
Médecine Générale

D.U. de Médecine du Travail
et d'Ergonomie
D.U. de Psychologie Clinique
D.U. de l'échographie Générale
Electro cardiogramme
97, Rue Zoubeir Bnou Al Aouam
(Ex Eugène Lendrat)
Casablanca - Tél : 05 22 24 31 80

الدكتور عمر الحمزاوي
الطب العام

حاصل على دبلوم طب الشغل
والاركونوميا
دبلوم البسيكولوجية العيادية
دبلوم الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
97, زقة الزبير ابن العوام
(أوجين لاندرا سابقا)
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 24 31 80

Casablanca, le 06.12.2022 في الدار البيضاء

BENOUITOU AZIS

25.00

Betadine

21.00 / n a 31

Remarque de K

168.00

Augment 1/2

45.20

Cyoster 1/2

35.20

Ma 2
Kandja 160

PHARMACIE DE
Mme Gharbani Ghass Moua
Rue KHAIBAR
N° 87 Bd de la Gironde et Rue Ibn
CASABLANCA
Tél 05 22 30 66 1

Dr EL HAMZAOU Omar
Médecine Générale et du Travail
ECG Echographie
97 RUE Zoubeir Bnou El Aouam
CASABLANCA
Tél: 05 22 24 31 80 - GSM: 05 22 24 35 36

KARDECIG 160MG
SACHETS B30
LOT: 16E003
P.P.V: 35DH70
PER: 09/2022
6 118001 081189

PPV: 168,20 DH
LOT: 649763
PER: 03/24

MYCOSTER 1%
CREME T30G
LOT: 32E011
P.P.V: 45DH20
PER: 04/2025
6 118000 01111