

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-722104

143371

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11472

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL FAKHOURI KARIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661.05.21.34

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUMHIDOU M. N. N. J. B.
Gynécologue - Accoucheur
Tél: 05 22 27 51 97 / 05 22 27 60 73
Place Marechal 21, Rue Gentil
INPE: 091116897

Date de consultation :

02/12/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleur de DDU

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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

02/12/2022



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes : 02/12/22
Natures des Actes : pose
Nombre et Coefficient : 1000
Montant détaillé des Honoraires : 1000
Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes : [Signature]

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur : [Cachet]
Date : 02/12/22
Montant de la Facture : 16,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien : [Cachet]
Date des Soins : [] [] [] [] [] []
Nombre : AM PC IM IV
Montant détaillé des Honoraires : [] [] [] [] [] []

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

MONTANTS DES SOINS : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DEBUT D'EXECUTION : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

FIN D'EXECUTION : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H : 25533412 21433552
D : 00000000 00000000
G : 00000000 00000000
B : 35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

MONTANTS DES SOINS : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DATE DU DEVIS : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DATE DE L'EXECUTION : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur OUHMIDOU Med Najib

Gynécologue - Obstétricien

Ex-Assistant des Hôpitaux de Bruxelles

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Stérilité de couple (P.M.A)

Coeliographie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتور وحيدو محمد نجيب

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

طبيب مساعد سابقا بالمستشفيات الجامعية ببروكسيل

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر

Albom Amel 02/12/22
Casablanca :

Fracture

poire de Briv

Albom

Dr. OUHMIDOU Med Najib
Gynécologue - Accoucheur
Tél: 05 22 27 51 97 / 05 22 27 80 73
Place Marechal 21, Rue Gentil
INPE: 09116897

ساحة ماريشال 21 زنقة جانتي - الدار البيضاء Place Marechal - 21, Rue Gentil - Casablanca

Tél / Fax : 0522 27 51 97 / 0522 27 80 73

المستعجلات : 0661 10 70 00