

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

M22- 0021300

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 144421
 Nom & Prénom : JALIL MOHAMED
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MARRIF CASA
 Tél. : 0670 566416 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : DR. MOHAMED AMINE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE
 50 RUE TATA - CASABLANCA
 Tel. : 022 27 01 93 - Fax : 022 27 96 47
 Date de consultation : 20 DEC 2022
 Nom et prénom du malade : Jalil Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Calite flumel
 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 : Casablanca 0910000000 Le : 20-12-2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 DEC 2022	C1	0	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KHEMIS ZEMAMRA Mr LAHBABI Abdellatif Av des F.A.R K-Zemamra Tél : 34-60-52	20/12/22	247,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

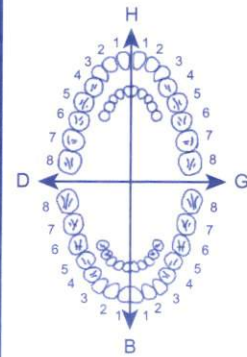
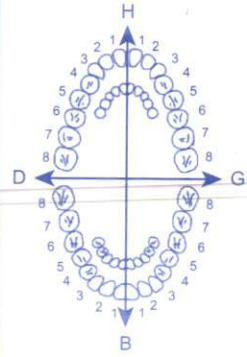
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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

Docteur Mohamed AMINE

Spécialiste de :
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Diplômé du C.E.S de Gastro-Entérologie
de la Faculté de médecine de TOULOUSE
et de MEDECINE INTERNE

Diplôme d'Université de Nutrition et Diététique

Diplôme d'Université de Diabétologie

Diplôme d'Université des maladies Phospho-Calciques de l'OS

Diplôme d'Université d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre de La Société Marocaine de Médecine Interne

Membre Titulaire de la Société Française
des maladies de l'Appareil Digestif

Membre Titulaire de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Membre de la Société Européenne Méditerranéenne de Proctologie

الدكتور محمد أمين

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز و الطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية و السمونة

شهادة جامعية في أمراض السكرية

شهادة جامعية في أمراض الفوسفور و الكالسيوم للعظام

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية المغربية للطب الباطني

عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الأوروبية المتوسطة

لأمراض السرج و البواسير

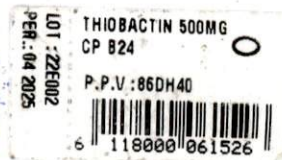
Casablanca, le 20 DEC 2022 في الدار البيضاء

86,40 Thioberlin
2 c x 11

29,00 Zyrdol
1 c x 11

79,50 Inducel
3 c x 11

52,40 Smeche
1 feuille



Pharmacie KHEMIS ZEMAMRA
Mr LAHBABI Abdellatif
Av des F.A.R K-Zemamra
Tél : 34-60-52



UT. AV.: 24 P.P.V

LOT N°: 79 50

FE 4286

سابقا) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 01 93 - الفاكس : 05 22 29 54 88

50, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca (Face café la Comédie) - Tél : 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

GSM : 06 61 27 19 19 - E-mail : aminrachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248