

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

- 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° W21-707748

150283

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8614 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hamiddine Zahcen

Date de naissance : 25/05/71

Adresse : Apt 231 Residence Riadomaria Hay cherifa
Ain chok Casablanca

Tél. : 0650391634 Total des frais engagés : 354,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya BASSIT
PÉDIATRE
Hay El Inara, 30 Bd. AIQods
Tél: 0522 520 401-0682 223 390

Date de consultation : 07/01/2023

Nom et prénom du malade : HAMIDDINE ZAHSEN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :
 

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 : 07/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

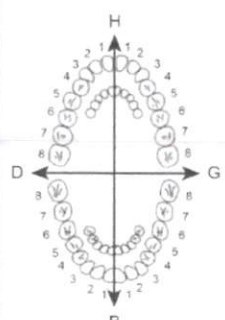
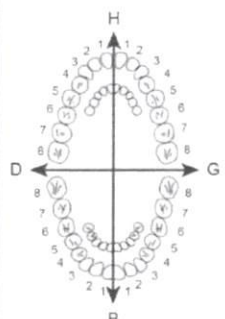
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01/03	G		250 DH	INP : 0906030

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 09060857	7/10/2023	PHARMACIE AL KINDI CASABLANCA T = 101,50 DOCTEUR TAOUFIK BARAZZOUK 48, Rue 1 Lot. Haridia Les Crêtes Ain Chock Casa - Tel: 0522 507 257

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Soumaya BASSIT

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nouveau-né et en nutrition
Médecin membre de la société marocaine d'endocrinologie (SMEDIAP)
Ancien médecin interne au centre de pneumo-allergologie
et au centre d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août



الدكتورة سمية بسيط

اختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة، والتغذية
طبيبة بالجمعية المغربية لأمراض الغدد والسكري للطفل
طبيبة داخلية سابقا بمرکز أمراض الحساسية والطفولة والجهاز التنفسي
و بمرکز أمراض الدم و أنكولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت

ORDONNANCE

07/01/23

NN :

Rimasse Hamiddine

18.50

1) blatta orientalis 5ch:

- P: 11Kg 200
10 grams de chaque
(7j)

18.50 Ipeca 9ch:

30.00

2) Betastène: 100gth/j nat

19,00

18.50

3) Belladone 9ch: 3grams chaque 02h (24h)

10 grams/j (3j)

19.00

+ 4) Nurodol: 10cp x 3/j (3j)

LOT : 3681
FER : 10 - 21
P. P.V: 30 DH 00

PHARMACIE AL KINDI CASABLANCA
SARL 104.50
DOCTEUR TAOUFIK BARAZZOUK
48, Rue 1 Lot. Hafdia Les Crêtes
Tél: 05 22 507 257

Dr. Soumaya BASSIT
PÉDIATRE
Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds
Tél: 05 22 520 491-06 82 223 390

مركز إليت حي الإنارة، 30 شارع القدس، الطابق الثاني رقم 19

Elite centre Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds 2ème Etage N° 19

Urgences : 06.82.22.33.90 - Tél. : 05.22.52.04.01

E-mail : drbassitsoumaya@gmail.com