

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'Unité
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° W21-784988

^ 5 8834

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUDGIRI MOULAY IDRIS

Date de naissance : 15/07/67 C.A.R.

Adresse : 87/53 rue 35 km MACHMAN C.A.R.

Tél. : 0661312755 Total des frais engagés : 737, - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr FIANCHI BENALI HOUJIA
DERMATO-VENERELOGUE
356 Rue Mustapha Elmaani
Côté Rue D'Agadir CASA
Tél. 022 27 49 0102

Date de consultation : 07/04/2023

Nom et prénom du malade : OUDGIRI MOULAY IDRIS

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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 :

Le : 07/04/23

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
02/04/2023	G	1	300,00	INP : 09/10/22/10/8

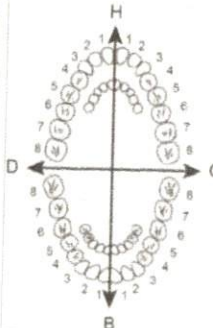
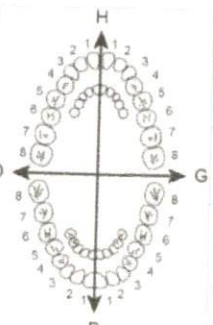
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CORAIL Dr. AMHARECH Nabil 9 Bis, Bd de la Lybie Val d'Anfa Tél : 0522.39.82.22 0522.94.02.55 INPE : 092019942 ICE : 001706996000076	07/04/23	437,90 DA

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
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	ENP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">00000000 35533411</td> <td style="width: 50%;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B											
H																								
25533412 00000000	21433552 00000000																							
D	G																							
00000000 35533411	00000000 11433553																							
B																								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
DATE DU DEVIS				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION																								

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Houria Hamdi-Benali

DERMATO-VENEREOLOGUE

LASER - PUUVATHERAPIE

356, Rue Mustapha El Maâni

(Côté Rue d'Agadir)

2^{ème} Etage Appt 6 - CASABLANCA

Tél.: 05.22.27.49.01 / 02

Fax : 05.22.27.49.02

الدكتورة حورية حمدي بنعلي

اختصاصية

في الأمراض الجلدية والتناسلية

356 زنقة مصطفى المعاني

(قرب زنقة أكادير)

الطابق 2 - الشقة 6 - الدار البيضاء

الهاتف : 02 / 05.22.27.49.01

الفاكس : 02 : 05.22.27.49.02

07/04/2023

OCD GART ney Ibriss

22/04/23

P/ Bacteriee avec N x2

LOT :
PER :
PPV : 22/04/23
LOT :
PER :
PPV : 22/04/23

2p, x 8,
18, x 8,

PHARMACIE LE CORAIL
Dr. AMHARECH Nabil
9 Bis, Bd de la Liberté Val d'Anfa - Casa
Tél: 0522.39.82.72 / 0522.94.02.85
INPE: 092019942
ICE: 001706996000076

204,00

23/ dipikar sy rubor

peu de tache

211,20 de corps

20/ dipikar Baume
181, sur le corps

ajr po tierte

(uniao Huile Savante)
for po tierte

Dr HAMD BENALI HOURIA
DERMATO-VENEROLOGUE
356 Rue Mustapha Elmaani
Côté Rue D'Agadir CASA
Tél. 022 27 49 01/02