

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

- Reclamation : 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'Ho
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

M23-011647

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2603 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMJARI OMAR
 Date de naissance : 28/12/1956
 Adresse : N° 85 RUE 87 AZHARI 2 OULFA
 CASA
 Tél : 0665033723 Total des frais engagés : 341 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/05/2023
 Nom et prénom du malade : H. M. Bouhat Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASA

Le : 14/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

et et signature du Médecin
avant le Paiement des Actes

[illegible]

EXECUTIF

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Mme. Henda Khouja
55/57, Rue EL AZHAMI - 2. Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tel. : 022.93.26.80

20

[illegible]

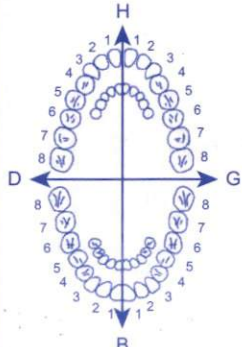
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

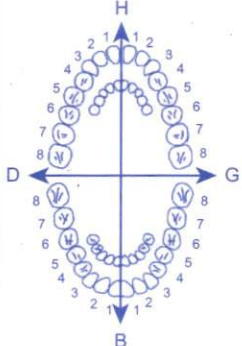
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

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																	

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed ACHIBA

- Spécialiste des maladies de l'appareil digestif.
Foie, Vésicule biliaire, estomac, intestins, hémorroïdes.
- Echographie-endoscopie digestive-proctologie.
- Ex Chef de Service de Gastro-entérologie
Hôpital Mly Youssef à Casablanca.
- Membre de la société française de Gastro-entérologie.



الدكتور محمد عشيبة

- أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي.
الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير.
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي.
- تشخيص و جراحة أمراض المخرج.
- رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى مولاي يوسف الدار البيضاء.
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي.

Casablanca, le :

20/05/23

Mythor - Etsivur

Junna King

22337 8725
LOT PER
Prix 109-00

18.00

1 - 6

116.00 x 2

341.00

PHARMACIE LE BIEN-ETRE
Mme. Houda KEROUANE
55/57, Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tel. : 022.93.26.80

PPV: 116DH00
PER: 02-26
LOT: M 522

PPV: 116DH00
PER: 01-24
LOT: J3619

Docteur Mohamed ACHIBA
Gastro-Entérologue Hepatologue
Proctologue Medical et Chirurgien
El Oulfa

مدار جورج 10، تجزئة مولاي التهامي الطابق الأول، الشقة رقم 1 - الولفة - الدار البيضاء
10, Lotissement Moulay Thami (Rond point George) 1^{er} étage, N° 1 - Quartier Oulfa - Casablanca
الهاتف: 0522 89 62 69