

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

M22- 0058036

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2152

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL OUAHIDI LAKBI

Date de naissance :

01-01-1942

Adresse :

46, Rue El Hay Ennor Sid: Othmane

Tél. :

0522575872

Total des frais engagés :

774,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. H. SMILES
Médecine Générale
Jamila 5 Av. Dakhia Rue 50
N° 492 Cité Djemaâ
CASABLANCA

Date de consultation :

07 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade :

LAKBI EL OUAHIDI

Age :

1942

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

la maladie chronique

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

Signature de l'adhérent(e) :

11 DEC 2023


ACCUEIL

Le : 07 / 12 / 2023

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
04/12/23	C	1	150,00	Docteur M. H. SMILES Médecine Générale Jamila 5 Av. Dakhia Rue 50 N° 492 Cité Djemaâ CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/23	624,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

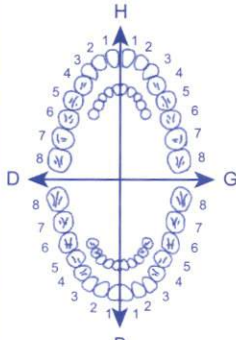
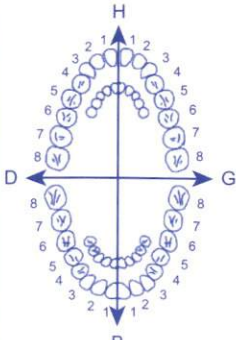
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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													
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>					H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		G	
H																
25533412 00000000	21433552 00000000															
D																
00000000 35533411	00000000 11433553															
B																
G																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
			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

Dr. Mohamed H. SMIRES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Montpellier

492, Bd. DAKHLA - Jamila 5

Cité Djemâa - CASABLANCA

Téléphone : 022 37 24 11

الدكتور محمد حسن اسميرس

خريج كلية الطب بنانسي

حائز على دبلوم في التشخيص العلمي

بالصدي من كلية الطب بمونبولى

492، شارع الداخلة جميلة 5

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف : 022 37 24 11

06 73 47 24 14

Casablanca, le

07/12/2023

الدار البيضاء

42.00 x 3 Lakbit ezouatini
- Glucosamine 1500 mg / 2, 1 - 3

123, 20 x 3

Xerium 500 mg

44.70

Bioparion 600

37.00

Alaun 100

46.90

Acti coustini

624.20

UM® 20 mg 28 Comprimés sécables
PPU 123DH20
EXP 06/2024
LOT 25010 4

37,00

44,70

Docteur M. H. SMIRES
Médecine Générale
Jamila 5 Av. Dakhia Rue 10
N° 492 Cité Djemâa
CASABLANCA

XERIU[®] 20 mg 28 comprimés sécables
PPV 123DH20 EXP 05/2025
LOT 31021 1

XERIU[®] 20 mg 28 comprimés sécables
PPV 123DH20 EXP 05/2025
LOT 31021 1

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46.90 DH SOTHEMA

6 118001 070015

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH