

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Détails utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

Document de statut : adhesion@mupras.com

de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Elle est située au 5ème étage Angle Rue Mohamed Fakrat, Rue Allal Ben Abdellah

Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 76 19



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-832219

193056

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7331

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prenom :

BAE TOUTY HASSAN

Date de naissance :

23/06/66

Adresse :

531 LOT HAJ FATEH ETG RC
APT 1 CASABLANCA

Tél. :

0663 796250

Profession des malades engagés :

380 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Souad ABBAGUINE
PÉDIATRE ALLÉROLOGUE

Cachet du médecin :

548, Lot Haj Fateh

Tel : 05 22 89 89 58 - N°PE : 091011254

Date de consultation :

10/01/2024

Nom et prénom du malade :

BAE TOUTY CHADI

Age : 26.04.16

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Charypt - Psoriasis

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

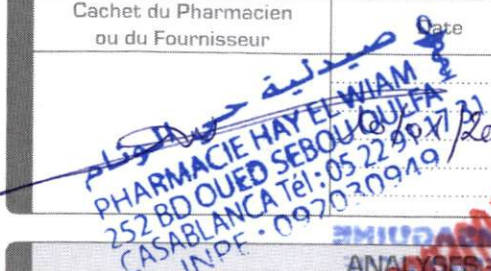
Le :

01/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

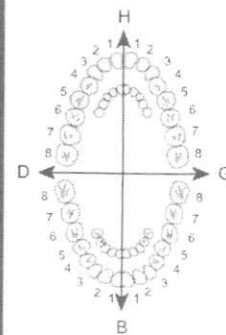
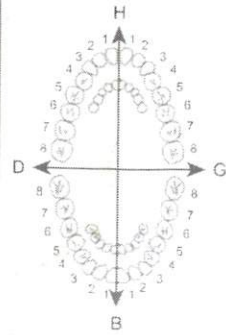
[Signature]

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
10.01.24	CS	/	200DH	Dr. Souad AMISAGUINE PEDIATRE ALLEGOLOGUE 548, Lot H/1 Esteh Tél: 05 22 99 89 58 - RPE: 091011254

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2024	180,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	G																		
	B																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires	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. Souâd AMSAGUINE BAROUDI

PEDIATRE - ALLERGOLOGUE

Diplômée de l'université de Nancy (France)

Diplômée en Allergologie - Asthme

الدكتورة سعاد أمسكين بارودي

إختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

إختصاصية في أمراض الحساسية

خريجة جامعة نانسي (فرنسا)

Casablanca, le : 16/01/24

Enfant BAETOUTY CHADI

58,90

— Soclar Soclar Enfant

58,90

40,00 — 1 secher x 3/7 + 8/7

4900

— Bromylase Sirap (1ml)
2cc x 3/7 + 6/7

5

22,00 — Brufen Sirap (1ml)

2250

2ml x 3/7 + 4/7

5

T - 180,30
صيدلية حي الوناد
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31
INPE: 092030949

Dr. Souad AMSAGUINE
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
548, Lot Haj Fateh
Tél: 05 42 87 89 58
INPE: 051011254

548, شارع واد الدورة تجزئة الحاج فاتح الطابق الثاني - الدار البيضاء

548, Bd. oued Doura lotissement Haj Fateh 2 ème Etage OULFA - Casablanca

الهاتف: 06 43 59 20 85/05 22 89 89 58