

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-816687

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9403

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BEN LEMLIH YASSINE

Date de naissance :

17/10/1973

Adresse :

LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA

Tél. :

06 63 608 602

Total des frais engagés :

369,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABADA Reddallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE : 091033514

Date de consultation :

29 FEV. 2024

Nom et prénom du malade :

ZINE EL ABIDINE IBTISSAME

Age :

48 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, comme tous 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 :

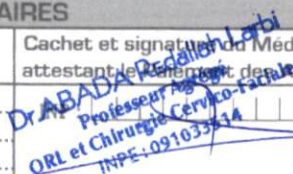
CRSA


Le :

29/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

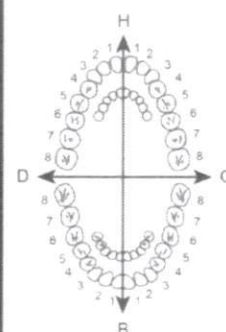
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

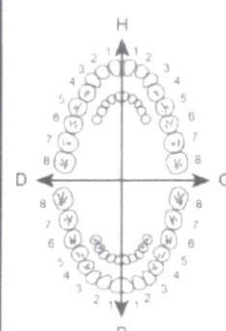
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le règlement des actes
29 FEV. 2024	C5	C3	300 D.M.	 Dr. ABADA Abdelhak Lafi Professeur Agrégé de ORL et Chirurgie Cervico-Faciale INPE : 091033514

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE OUDER Dr ZINE EL ABIDINE ZAHED Km. 14 Douar Ouled Malek Bouskoul - Cabanica Tél : 022 59 03 81	29/02/24	69,10

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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><thead><tr><th>H</th><th>G</th></tr></thead><tbody><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th>B</th><th></th></tr></tbody></table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[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. Redallah Larbi ABADA

PROFESSEUR EN ORL

Et chirurgie de cervico-faciale

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور أباطة رضى الله العري

اختصاصي في جراحة الأنف والأذن و الحنجرة

وجراحة العنق والوجه

استاذ بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

29 FEV. 2024

Dr. Zine el abidine

SS, 10

Chirurgie Spz

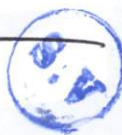
1 ph x 4/5



LOT: 280/PER: 11/
PFC: 55.10 DHS

4 Poly

14/10 x 3/5



PPV: 14DH00
PER: 04/23
LOT: J1058

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABIDINE Zakia
Km 14 Douar Ouled Malek
Bouskoura Casablanca
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Dr. ABADA Redallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Tél: 06 61 23 51 70 - 05 22 22 12 96

TPA : Clinique RACHIDI 43, BD RACHIDI - CASABLANCA

Tél: Personnel : 06 61 23 51 70 - Assistante : 06 53 47 94 78

Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

TPA : مصحة الراشدي 43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

الهاتف الشخصي: 06 61 23 51 70 مساعد 06 53 47 94 78

مصحة : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Email : abadaredallah@gmail.com