

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

N° W19-454004

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANBOU NABIL

Date de naissance : 12-03-75

Adresse : N°18, Rue 3, Lot YOUSRA, OULFA, CASA

Tél. : 0661052135 Total des frais engagés : 150 + 82,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMMOU
Lotissement Zoubir-Imm. 112
App. 4 OULFA, CASA

Date de consultation : 17/9/2019

Nom et prénom du malade : Kanbou Yasmine Age : 43

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Cystocentérite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 NOV 2019

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 : 5 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/19/19		C	150,00	INP : 0911114520 Dr. EZ MOUSSAOUI HAJAJ Lotissement Youssra Lot. 115 Zoubir - CASABLANCA App. 1 - CULFA - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QODDOUS Dr. Mme DINAR Aziza Lotissement Youssra Lot. 115 Zoubir - CASABLANCA Tél: 05.22.93.26.75	12/19	8280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

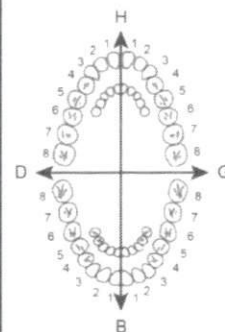
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

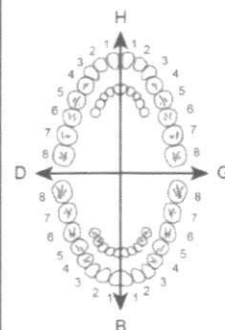
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Oulfa - Casa
Tél. : 05 22.93.41.48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير
مجموعة الضحى عمارة
112 شقة 4 الألفه
الهاتف : 05 22.93.41.48

Casablanca, le 17/9/2019 في الدار البيضاء،

37,10. Kanbou Yasmine

1) Cloprone sp. ou Peridys
1 ccc x 2/j - 3

LOT : 9MA100
PER: 01 2021
PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V : 37DH10
6 118000 011255

2) 23,20. Apozide sp.
2 cm x 2/j - 3

3) 24,50. Brufen sp.
1 cm x 2/j - 3

4) Doliprone sch 300
1 sch x 2/j - 3

Alterner
tous les 4h

8280

PHARMACIE AL QODDOVS
Dr. Mme DINAR Aziza
Lotissement Youssra, Lot 115,
Zoubir - CASABLANCA
Tél: 05.22.93.26.75

Dr. F. Z. MOUSSAOUI
Lotissement Zoubir, Imm. 112 I,
App. 4 Oulfa - Casa

APAZIDE®

Nifuroxazide 4%

23,90

(DH):

N°:

AV:

22,50

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension
pédiatrique**

