

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 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- N° 001295

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4429 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL ODMA HASSAN
 Date de naissance : 02-11-61
 Adresse : HABITUELLE
 Tél : 0634259293 Total des frais engagés : 1554,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/11/2022
 Nom et prénom du malade : EL ODMA HASSAN Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète MIA
 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 : 28/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

[illegible]

18/10/22	2300g	Endija CHARKAOUN Endocrinologiste Endocrinologue Diabète Alcoolisme 06 40 00 84 00 * Tel: 06 40 00 84 00
----------	-------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	18/10/22	1254.80

1254.80

[illegible]

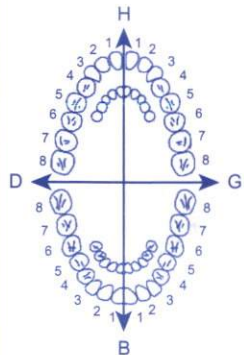
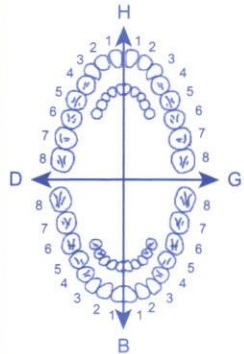
[illegible]

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 style="width: 100px;" type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>									
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
H													
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LYS PHARMA SARL AU

Casablanca le

FACTURE N° 87/2020

M. Monsieur ELOUMA HASSAN

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
01	Tensionmètre Kowa	350,00	350,00
01	Glucomètre On Call	130,00	130,00
02	On Call bandes	120,00	240,00
<div>LYS PHARMA SARL AU TAHIRI-JOUTI Jaouad Docteur en Pharmacie 687, Angle Bd. Oued Sebou et Rue 150 El Oulfa - CASABLANCA Tél: 05 22 90 50 09 - Tél/Fax: 05 22 90 88 97</div>			
Total Final			720,00

SARL AU au capital de 2928400 MAD – 687, angle Bd Oued Sebou et Rue 150-El Oulfa – Casablanca -

Tél : 05 22 90 50 09 Email: jtahiri@live.fr

R.C: 342051 – Patente : 36047237 – CNSS: 1187956 – I F: 18733058 – ICE: 000287321000005

Dr. khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

Endocrinologue - Diabétologue

Obésité - Nutrition

Ex. Médecin Chef
du Centre Régional de Diabétologie

د. خديجة الشراكوي زهواني

إختصاصية في السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا للمركز

الجهوي للسكر

LYS PHARMASAPAD
JADIRI-JOUTI
Docteur en Pharmacie
387, Angled. Oued Sebou et Rue 150
El Oulfa - CASABLANCA
Tél: 05 22 90 50 09 - TélFax: 05 22 90 88 97

18/10/2022

Dr ECODMA Hoss

138,00 x 3

1/ polymorm 2 mg

1 cp - 1 cp - 1 cp

2/

120,80

1 Kbeson 150

2 cp 1;

3/

130,00 lectem gly
120,00 x 2

lectem gly

130.00

350,00

12000

4 x 6

onecoll plus

Temp'onecoll plus

350.00

12000

100, Résidence Ar Oufou - Bd Oum Rabii - El Oulfa - Casablanca

الهاتف : 05 22 89 79 34

الدار البيضاء - الأفاق - شارع أم الربيع - إقامة الأفاق - 100, Résidence Ar Oufou - Bd Oum Rabii - El Oulfa - Casablanca

POLYNORM® 2 mg
90 Comprimés



6 118000 120964

138,00

POLYNORM® 2 mg
90 Comprimés



6 118000 120964

183,00

POLYNORM® 2 mg
90 Comprimés



6 118000 120964

183,00

PPV : 120DH80

Lot n° :

EXP:

IRBESAR® SUN 150 mg ○

Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380573