

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- 0027788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5357

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : FILALI Rafik Rachid

Date de naissance : 28-12-58

Adresse : Rue 93 N° 22 Famille Française

Tél. : 0666733278

Total des frais engagés : 476,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. ALAOU BOUHAMIDI Imane
Centre de Santé Ghallier
Délégation Médicale Casa-Anfa

Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : FILALI Rafik Zineb

Age : 22

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite asthmoïdienne

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 : CASABLANCA

Le : 11/11/2022

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
11/11/22		C	Cg	Jr. ALAOUT BOUHAMDI Imail Centre de Santé Ghellaf Néelation Médicale 252-407

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du dispensaire

Date

Montant de la Facture

INPE: 092078385
PHARMACIE WAIC
153, Rue Habacha
Bd Day Ould Sidi Baba
arb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 10 07

11/11/22

HABACHA
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba
arb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 10 07)

476,40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

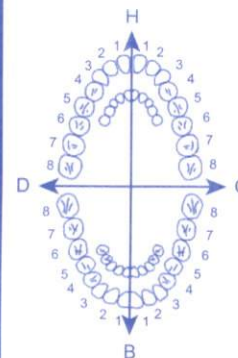
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



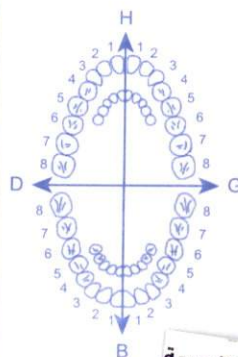
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHE

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

120 جرعة

سميثورت
بوديسونيد / فورمونول

SYNTHEMEDIC
22 rue esoubert benou al sousou roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200µg µg
Pâte p/inh
Flacon de 120 doses

10474 DMP 21NRQ P.P.V: 297,00 DH
118001 02070011

توربو

LOT: 14522007
PER: 09/2027
PPV: 99,70 DH

AZIX
Azithromycin
500 mg
79,70

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J24 17

ORDONNANCE

Dr. ALAOU BOUHAMIDI Iman
Centre de Santé Ghallef
Délegation Médicale Casablanca

Le: 11/11/22

Mme Filali Hafik Zineb

29.70

Labiasten 20mg



PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Ghellef - Casablanca
Tél: 0522 25 18 07

79.70 2cp le soir pdt 2 mois

AZIX 1000mg 1cp / J pdt 3 Jours

297.00

Symbiant



2 boîtes le matin et le soir pdt 25 Jours

476.40

Dr. ALAOU BOUHAMIDI Iman
Centre de Santé Ghallef
Délegation Médicale Casablanca

153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Ghellef - Casablanca
Tél: 0522 25 18 07