

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 canalaire, 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 canalaire.

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° 004532

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7357

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KERROUM Abderrahim

Date de naissance : 14-09-1963

Adresse : OULED AZZOUZ U6 N° 21 EL OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0615687865 Total des frais engagés : 943,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khadija CHARAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
100, B.P. 25000 Al Ofaq Bd. Oum Rabii
Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

Date de consultation : 25/10/2023

Nom et prénom du malade : M. Z. Amal Age : 53

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 2

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : diabète

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 : 20/11/23

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
25/11/23			E. Zouidi	<p>Dr. Knadja CHARADJI ZAHOU</p> <p>Spécialiste Endocrinologie</p> <p>100, Résidence Al Oudja Bd. Oum El</p> <p>Oulfa - Casa - Tél. 74111111</p>

attestant le Paiement des Actes

Dr. Knadija CHARKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
400, Résidence Al Oug Bd. Oum Rabli
Oulfa - Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED Lot. 1 Unité 6 Ouled Azouz 0811 22 87 50 0 IWPE: 0321038M	25/01/2023	643,40

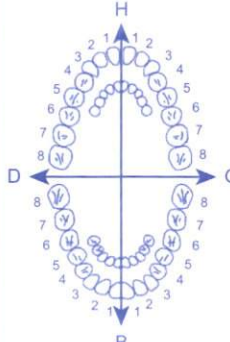
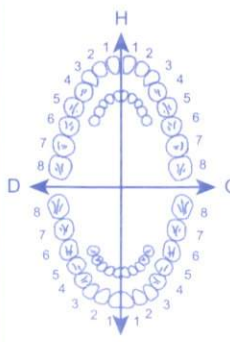
[illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 ————— G 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du centre régional
de Diabétologie

Sur rendez-vous

الدكتورة خديجة الشراكاوي زهوانى

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد .
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي
لأمراض السكري

بالموع

Casablanca. le :

NOUVEAU

13.40 / 26.80
x3 =
6.80 / 20.40
x3 =
24.40 / 20
x3 =
157.80 / 473.40

levothyrox 50

levothyrox 75

Ag et domi
tau le jne
surf de madi

levothyrox 100

19/ semie 3m
Rama d

Reo Survas 10

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii
Oulfa - Gasa - Tél: 0522 89 79 34

EXP: 09/2025
LOT: 22127
PPV: 49,60 DH

oules buvables

100, Résidence Ofok - Bd Oum Rabii - oulfa - Hay Hassani - Casablanca

Sur Rendez-vous

رقم 100 اقامة الأفق - شارع أم الربيع - الألفا - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 79 34 Tél.:



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342