

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 - 5ème 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° W21-682118

150560

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1307 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : FATHIA HARRIS KOUAME MOKHTAR
 Date de naissance : 01/01/54
 Adresse : 23 Lot MARTANA Sidi MAAROUF
 Casablanca
 Tél. : 0667341983 Total des frais engagés : 895,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur FIKRI Abdelghani

Pneumologue
355, Boulevard Zaidouli Casa
Tél. 05 22 29 01 79/80

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/2023
 Nom et prénom du malade : HARRIS Fatima Age : 67
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Pulmonaire

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 : 14/02/2023

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 Paiement des Actes
14/02/2023	C2		300	091065284 Docteur FIKRI Abdelgha Pneumologue 355, Boulevard Ziraoui (C.R.S) Tél. 06 72 28 91 79/80

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ALI Mme Ali Ayad - Bd. P. 100 Tél. 02-23-43-95 - CASABLANCA	14/02/2023	595,00

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	INF : <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			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur FIKRI Abdelghani

الدكتور فكري عبد الغني

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophtisilogie (PARIS)

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي
كلية الطب بباريس

Certificat d'Endoscopie Bronchique

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

14.02.2023

Casablanca, le

Mme HARIS Fatima

- 1 SERETIDE DISKUS 250 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 28unid+distrib
2 boites
1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois. se rincer la bouche après

- 2 OEDES 20 MG

Prendre 1 gélule par jour, pendant 28 jours.

Docteur FIKRI Abdelghani

Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355, Bd Ziraoui - Casa
Tél : 05 22 29 91 79/80



صيدلية بنر انزاران
PHARMACIE BIR ANZARANE
Mme Ali Najia Aïce LAHLOU
9 - Rue Cadi Iyass Bd. Bir Anzarane
Tél: 05 22 25 43 95 - CASABLANCA



LOT 20194
EXP 9/2024
PPV 99.00DH

355, Bd. Ziraoui - Casablanca Tél. : C.: 0522 29 91 79/80 : هاتف العيادة :
E-mail. : a.fikripneumo@hotmail.com