

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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.c



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0009686

154523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9588 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : CHATE Mohamed
Date de naissance : 1956
Adresse : HABITUELLE
Tél : 06 68 61 55 22 Total des frais engagés : 56430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HACHIMI SOUMIA
149, Bd Allal Ben Abdellah Casablanca
Tél : 05 22 63 08 08

Date de consultation : 27/02/2023
Nom et prénom du malade : Chate Mohamed
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Affection longue durée
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 : 27/03/2023
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
27/02/23		2	200 A1	
22/03/23				

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JANQUIER Rue de la Villette Casablanca Tél: 05 22 61 69 56	22-03-23	3.645,0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

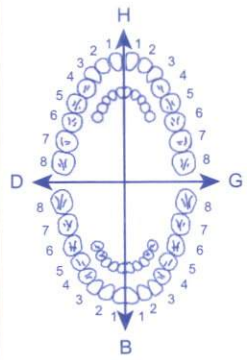
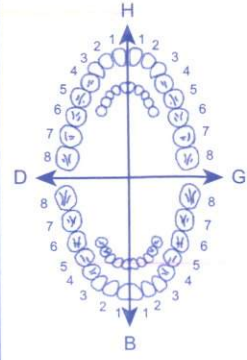
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HACIMI SOUMIA

149, Bd Ali Vata Casablanca

Tél : 05 22 63 08 08

Docteur Soumia HACHIMI SLAOUI
Ex-Médecin à l'hôpital M. BOUAFI



الدكتورة سومية هاشمي السلاوي

طبيبة سابقا بمستشفى محمد بوافي

Médecine Générale-Diabétologie
Hypertension - Nutrition
Gynécologie obstétrique
Médecine de sport
Echographie - ECG

الطب العام - داء السكري - أمراض الضغط
التغذية - أمراض النساء و متابعة الحمل
الطب الرياضي - الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

ORDONNANCE

Cas



الدار البيضاء، في:

22/03/2023

N° Chyete Mohammed



PHARMACIE JANQUIER
39, Rue de la Villotte
H.M. Casablanca Tel: 05 22 63 08 08

LOT: 5110
PER: 12 - 25
P.P.V: 17 DH 50

Docteur HACHIMI SOUMIA

149, Bd Ali Yaataet Casablanca

149, زاوية شارع علي بعتة و زنقة بيطار الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 63 08 08
149, Angle Bd.Ali Yaataet Rue Ibn Baytar - Hay Mohammadi - Casablanca - Tel: 05 22 63 08 08

→ Umax
1211401
dema

AS

AS

LOT 221421
EXP 04/2024
PPV 121.40DH

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
PPV : 44,20 DH
6 118000 190349

64,20

364,30

Docteur HACIMI SOUMIA
49, Bd M. El Moudjahid Casablanca
Tél : 05 22 63 08 05

PHARMACIE JANQUIERE
M. Moustakim
Pharmacie
39, Rue J. J. La Villette
H.M. Casablanca Tél. 05 22 61 49 56