

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-003320

154607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1487 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MACHGHOUH SALAH
 Date de naissance : 30.06.1955
 Adresse : 126 Lotissement Al Adarisen
 885 MAAROUF - CASABLANCA
 Tél. : 06.06.82.0671 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL HAMAOUH Youssouf
Psychiatre - Psychothérapeute
227, Bd Chandi 2ème Etage, N° 03
Casablanca - Tél. : 05 22 99 47

Date de consultation : 21.03.2023
 Nom et prénom du malade : Machghoul Salah Age : 30.06.1955
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : 21/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/2023	2660,40

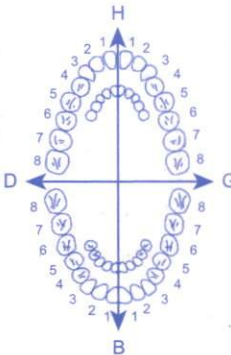
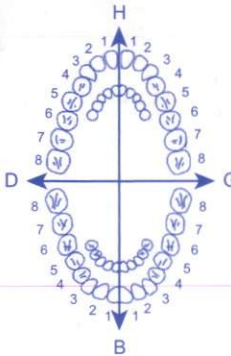
[illegible][illegible]

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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur EL HAMAOUY Youssef
Psychiatre - Psychotérapeute

الدكتور الحماوي يوسف
طبيب نفساني

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 647621
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 646844
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 647763
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 647621
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 646533
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 646533
6 118001 140800

Casablanca le, 21 MARS 2023, الدار البيضاء

Machghoul Solal

67.60 x 4

①

Teralithe 250

2 - 0 - 2

239.00 x 10

②

Lamictal 100

1 - 0 - 2

266.00

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 645461
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 650643
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 647763
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 646533
6 118001 140800

Professeur EL HAMAOUY Youssef
Psychiatre - Psychotérapeute
227, Bd. Chendi 2ème Etage, N° 03
Casablanca - Tél.: 05 22 99 47

PHARMA
FOULLOU
Docteur
N° 119 Lot Al Aouda
Tél: 0522 99 47

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Teralithe 250mg tabco
b15x20 xw
P.P.V: 67,60 DH
6 118000 012474

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH
6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH
6 118000 060895

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V: 67,60 DH
6 118000 060895

el.hamaoui/