

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

H^{le} 7115
Déclaration de Maladie
M22- 54046

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAY 15696
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R
 Nom & Prénom : Sifeddine Abdallah
 Date de naissance : 04.08.1955
 Adresse : 16 Passage 4 Tassin II Bemechid
 Tél. : 0674207533 Total des frais engagés : 1928,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.08.2023
 Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DNI, HTA, Anxiété
 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 : Bemechid Le 04 / 08 / 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
04/04/23	CA		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE</p> <p>Quartier Belle Vue</p> <p>INPE: 062069754</p> <p>Tél: 05 22 53 32 82</p>	04-04-23	1778,20

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 :

Veillez 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>D</td> <td>G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Mic 7115

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Dr. RIANI FOUZIA
PHARMACIE ALI HAMD
Quartier Belle Vue Berrechid
INPE: 062064794
Tél: 05 22 33 32 82

Berrachid, le

04-04-2023

1) Fedeline Abdelhak

3x48/12 Salinat 160/5

74/41 18/8
2) Lantus subcut

de 3x42 17us
3) Glucovance 30x1.5

2x50/70 4) Lasix 25
18/8

2x23/10 5) Lysozyme
18/8

06 76 45 48 49 - الموبيل : 05 22 32 44 55 - الهاتف : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49
41, Rue Yariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

8) galcimat
89,12

15) le m...
15

7) ~~le m...~~
140
PHARMACIE ALHAMD
Quartier Belle Vue - Berrechid
INPE: 062069754
Tél: 05 22 53 32 82

DOCTEUR MOUNA TAMIM
41 RUE TARIK EL KHOUZAD ETG 1
BERRECHID TEL: 0522 32 44 55
06 76 45 44 55

86) le sin
p...
seu

1778,20

15

185,20

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

A1

185,20

Dr. RIANI FO
PHARMACIE AL
Quartier Belle Vue - E
INPE: 0620697
Tél: 05 22 53 32

UT. AV :

P.P.V

LOT N° :

09 2 25
GN 7 4 2 9

23 10

UT. AV :

P.P.V

LOT N° :

09 2 25
GN 7 4 2 9

23 10

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
BLANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00

5 118001 081615

FCE20/0625

LOT PER

Prix 89.00

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

ucovance 500 mg/ 2.5 mg
mprimés pelliculés B/30
PV: 42.00 DH

ucovance 500 mg/ 2.5 mg
mprimés pelliculés B/30
PV: 42.00 DH

ucovance 500 mg/ 2.5 mg
mprimés pelliculés B/30
PV: 42.00 DH