

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 - 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° W19-533045

163272

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6893 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUAFKI SAID
 Date de naissance : 04-08-1959
 Adresse : 37 RUE DEIRIS Beauséjour
 Tél. : 0660915423 Total des frais engagés : 480,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MEDAL MALIKA
Médecine Générale
36, Rue Korouf Hay Raha
(Beauséjour) - Casablanca
Tél : 05 22 36 64 43

Date de consultation : 30/05/2023
 Nom et prénom du malade : ABIR BOUCHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Star gipcal, Affection ORL
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

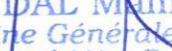
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

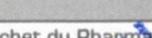
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 36100 Casablanca Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

| 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 |
| 30/05/23 | C | | 15000 | INF : 0911113043 Dr. MIFDAL Melika Médecine Générale 25 Rue Khoufouf Hal, Raou  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 30.05.23 | 331,00 |

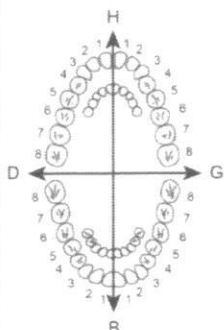
[illegible][illegible]

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 | INP : <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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession | | | 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

Docteur Mifdal Malika

Médecine Générale

36, Rue El Koroufoul 1er étage App.2

Hay Raha (Beausejour)

CASABLANCA

Tél.: 0522.36.64.48

الدكتورة مفضال مليكة

الطب العام

36, زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)

الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء

الهاتف: 0522.36.64.48

PHARMACIE AL WOUROUB
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tel: 0522 36 64 30 - Casablanca
Potentiel: 34808192

CASABLANCA, LE 30/05/2023

M^{re} Abir Boucha Epouafki

2x88.00

(S.V)

- Saphir 1g (N°2)

1s x 31j

27.50

(S.V)

- Dico

1supplj

21.00

(S.V)

- Febren

1s x 21j

28.80

(S.V)

- Ponstyl four

1g x 21j

33.60

(S.V)

- Decodan (N°2)

1g x 1j

30.90

(S.V)

- Parespha

1g x 21j

13.20

(S.V)

Inongan

1cpr x 21j

331.00

Dr. MIFDAL Malika
Médecine Générale
36, Rue Koroufoul Hay Raha
(Beausejour) - Casablanca
Tel: 0522 36 64 48

PHARMACIE AL WOUROUB
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tel: 0522 36 64 30 - Casablanca
Potentiel: 34808192

Dr. MIFDAL Malika
Médecine Générale
36, Rue Koroufoul Hay Raha
(Beausejour) - Casablanca
Tel: 0522 36 64 48

PPV: 88DH00
PER: 11-25
LOT: L3616

27170

PPV: 88DH00
PER: 11-25
LOT: L4099

PHARMED LOT : 2870
UT.AV : 03-26
PPV: 21DH00

Parasphan®
20 comprimés effervescents

PPV 30DH90
EXP 10/2025
LOT 29025 12

an

Tube de 55 grs.

Ornements légers de la
A répéter plusieurs fois
A.M.M. N° : 265
P.P.V. : 13,20 DH

DECADRON®

40 comprimés à 0,5 mg

LOT 212425

EXP 09 2024

PPV / 33 60

EXP: 08 2025

P.P.V

LOT N°: GH2740

28 80

28/80