

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

- Reclamation : 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° W21-813695

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11082 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED
 Date de naissance : 29/07/1978
 Adresse : 195 BD la giroude CASABLANCA
 Tél. : 068785048 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : DAHMANI AHMED
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

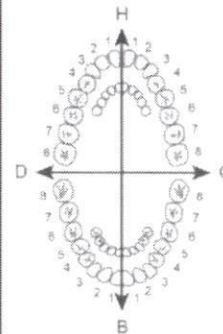
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26-8-23	C + Rx pulv			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INF </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> [Signature] </div>

[illegible]

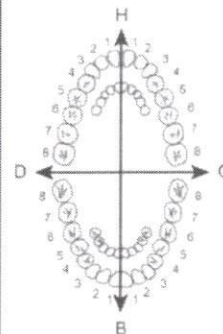
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
	29/07/2013	200 M	28

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



	H	
	25533412 21433552	
	00000000 00000000	
D	—	G
	00000000 00000000	
	35533411 11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الفحص بالأشعة حي المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 29/08/2023

Facture N° 2808/2023

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **DAHMANI AHMED**

Dr. Y. BOUZIDI

Examen(s) réalisé(s) :

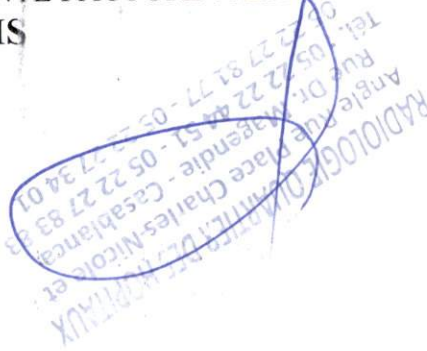
THORAX DE FACE

Dr. M.Z. CHAOUI

Montant : **deux cents (200 DH)**

Dr. T. TAIFOUR

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DHS



RÉSIDENCE PASTEUR

ممة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANN
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERIS
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

hs

Casablanca , le 29/08/2023

Patient : **DAHMANI AHMED**

Examen réalisé : **THORAX DE FACE**

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

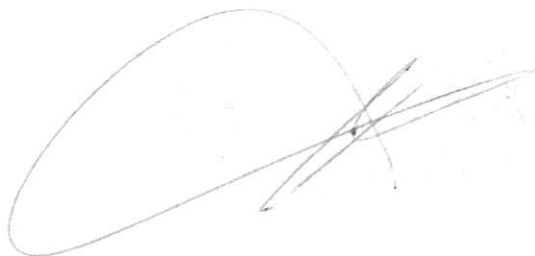
Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Résultats :

- Le contrôle ce jour montre une régression quasi-complète par rapport à l'examen du 23/08/2023 des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales à prédominance lobaire supérieure.
- La silhouette cardio-médiastinale parait normale.
- Culs de sac pleuraux libres.

Signé : **Dr CHAOUI R.M.Z**



Docteur Mina OUMILIL

Professeur en Pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال
كلية الطب و الصيدلة
بالبياض

Casablanca le 26 JUIL 2023 في الدار البيضاء

Bahmani Ahmed

Inhalation de produit soluble
avec att. alcool bitol

Rx pulv fcy
à contrôler

Docteur Mina OUMILIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Res. Abraj Abdelmoumen - Casa
Tél/Fax : 05 22 25 25 26 / 06 61 14 74 41
Gsm : 0661 14 74 41
INPE : 091201061

~~Consultation~~ Consultation Samedi Matin

250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abraj Abdelmoumen 1er Etage

(entre Bd. My Idriss 1er & Bd. Anoual) - Tél./Fax : 05 22 25 25 26 / 06 61 14 74 41

E-mail : oumililmina@gmail.com / minaoumlil@hotmail.fr - Urgence GSM : 06 61 14 74 41