

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

Déclaration de Maladie

N° W21-809131

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2728

Matricule : 2728 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ABD ALLAH

Nom & Prénom : KUATMI

Date de naissance : 08/02/58

Adresse : ↓

Tél. : ↓ Total des frais engagés : 1105,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/08/2023

Nom et prénom du malade : EL GOUFRI ATIKEN

Age : 65

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 23/08/23

Signature de l'adhérent(e) : A/C

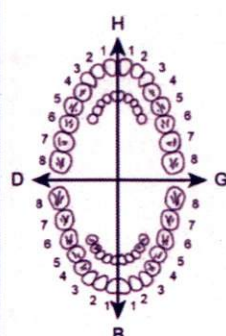
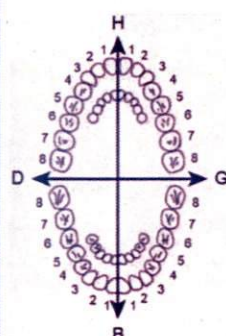
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
22/08/23		350	3000	INP : 914 29601

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAFACULTE Dr. Nabil BOUSSAF Docteur en Pharmacie 01 Lot. Jawhara, Bd. M. El Lili Tél. 05 23 35 08 82	22/08/23	805,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السعي

إختصاص في أمراض القلب والأوعية

خريج كلية الطب بـليل

مقيم سابقاً بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

22108123

Mr El Goumar ATIK

$68,80 \times 6 = 412,80$

Amex 2 1/1

$98,10 \times 4 = 392,40$

Cosyrel 5/5 1/1

4 us

Pharmacie de la Faculté
Dr. Nabli BOUSSAFI
Rue de la Faculté de Médecine
Tél. 05 22 35 55 06 82 - El Jadida

805,20

Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue
Rés. Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1er étage - Casablanca - Maroc (Rue de la Foire Internationale - À côté de l'Hôpital Mly Youssef)
Tél. 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 06 61 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1er étage - Casablanca - Maroc (Rue de la Foire Internationale - À côté de l'Hôpital Mly Youssef)

Tél : 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 06 61 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr

14011057



6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg-○

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca



14011057



6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg-○

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca



14011057



6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg-○

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca



14011057



6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg-○

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca



6880 x 6 Ged
↑

Diurex® 20

PPV
EXP
LOT

Diurex® 20

PPV
EXP
LOT

Diurex® 20

PPV
EXP
LOT

Diurex® 20

PPV 68
EXP 09
LOT 29

Diurex® 20

Diurex® 20 comprimés

PPV 68DH80
EXP 09/2025
LOT 29051 2