

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Elkhay et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 21 74 14 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-806271

76692

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8026

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRI ZINEB

Date de naissance : 20.04.1986

Adresse : Lot 80101 Rue Hassan n°4 Hay EC Hany Casablanca

Tél : 0668 883144 Total des frais engagés : 150 DH + 742,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Omer BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 N°53, 2^{ème} Etg Passage Prince
Ettaoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : CHOUKRI ZINEB

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : 06/09/2023

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
01/08/23	C	—	150,00	INP : 091027433 Docteur Omer El Ghannam Médecin Généraliste Rue 65 N°5 - Casablanca Tél : 0522 90 98 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOUS M. BOUMELAL Bo. Imbu Sira Tél : 022 36 01 34	11/8/23	762,60

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 canalaires, 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"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Omar BENNOUNA

Médecine Générale
Echographiste

Diplômé d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ex. Médecin des F.A.
Attestation de DIU

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 - N° 53 - 2^{ème} Etg Passage Prince
Ettaoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

الدكتور عمر بنونة

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى
من كلية الطب بمواليا بفرنسا
طبيب سابق في القوة المسلحة الملكية
شهادة في وضع اللولب - العملية الصغيرة

Casablanca, le 01/08/23

Mme CHOUKRI ZINEB

صيدلية صوفيا
Pharmacie SOPHIA
Mme Benbrahim Ep. Slaoui
214, Bd. Ibnou Sina - Casa
Tél.: 022 90 98 07

79.70 x 2

ZITHRO



RELAXOL 500MG/2
CP B20

P.P.V.: 53DH10

1 cp 1/2 x 6 Après
le repas

53.10

Relaxol 500 mg

98.80 x 2

V 98DH80
P 12/2024
98DH80
05/2024

1 cp x 3 1/2 Après
le repas

SOL BUV 200 ML

P.P.V.: 45DH40

45.60

Neo-borton 60 mg N° 2

1 cp x 3 1/2 Après
le repas

P.P.V.: 123,60 DH
020607

123.60 x 2

Duphalar

1 cp x 2 1/2

39.70

Imexin 40 mg N° 2

762.60

Fucibond 1 cp 1/2 matin

05 22 90 98 07

Rue 65 - N° 53 - 2^{ème} Etg Passage Prince - Ettaoune H. Hassani - Casablanca - Tél.: 0522 90 98 07

En cas d'Urgences : 06 64 04 38 25 - الاستعجال