

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 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

M23-0016288

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 250

Société : 177370

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABSI-FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0651 98 60 05

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SANAË GÜEDDARI
RHMATOLOGUE
BO. GRANDE CENTURE ESSADA 302 ETAGE
MAY MOHAMMADI-CASABLANCA TEL: 05 22 62 89 32

Date de consultation : 22 / 09 / 2023

Nom et prénom du malade : Absi Fatima

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection rhumatologique

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 :

Casa

Le : 21 / 09 / 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 Relevé des Actes
21/09/23	C		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2023	133,00 DH

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 CCEFFICIENT 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 DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Ostéo-articulaires
Osteoporose - Colonne vertébrale
Faculté de Medecine de Rabat

- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire à la Faculté de Medecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies systémiques de la Faculté de Medecine de Montpellier - France
- Ex-médecin à l'Hôpital El Ayachi Ibn Sina - Rabat



د. سناء كـڭاري

اختصاصية في أمراض
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر
وهشاشة العظام بكلية الطب - الرباط
- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص
في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم و الطب
الباطني بجامعة مونبيلي - فرنسا
- طبية سابقة بمستشفى العياشي

PHARMACIE EDEN
Casablanca

Houda BENDAO
Pharmacien
13, Rue Jassim Ibn Habbas - Bourgogne
Casablanca - Tél : 07 49 28 79

21/09/2023

ABSI FATIMA

• Adronat 70 mg

un cp par semaine pdt 4 mois le matin a jeun 30 MIN A
PETIT DEJEUNER avec un grand verre d eau en position
demi assise

• UVEDOSE 100000

UNE AMPOULE A BOIRE CHAQUE 15J PDT 3MOIS

• OSMAL 15

1 Comprimé, midi, pendant 20 jours puis 1 Comprimé LUNDI
MERCREDI ET VENDREDI PDT 3 MOIS

• Siprozone 20 mg

1 Comprimé, matin, pendant 20 jours

• Larmabak 0,9%

1 goutte, matin, midi, soir

• Myk 1%

Bd, la grande ceinture, Essaâda-302
N° 75 (En face du laboratoire El Qods)
1er étage, Hay Mohammadi - Casablanca

E-mail : drgueddari.rhumato@gmail.com : البريد الإلكتروني

Tél. : 05 22 62 89 32 / 06 66 70 53 43 : الهاتف

x3 Gel 176,00

PRV 17GDH00
PER 03/26
LOT M757

Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Bidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V. : 19,50 DH
6 118001 185030

LOT : 1921
PER : 06/26
PPV : 61,10 DH

عن طريق الفم

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

PPV
LOT
PER

35,00

39,60