

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° W19-569355

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12684 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZINEH Houda
 Date de naissance : 20/05/1982
 Adresse : Im 28, Apt 3, El Hachem, 2020
 El Alfa Casablanca
 Tél. : 062614880 Total des frais engagés : 322,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/06/2023
 Nom et prénom du malade : ZINEH Houda
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Autre :
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Age :
☐ Adulte ☐ Enfant


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 : 28/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

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
21/9/23	2		3000	INP : 681046293 Dr. [Signature] Spécialiste de la Pédiatrie 125 Avenue de la République - 75011 Paris Tél. 01 42 22 11 59 - GSM. 06 02 16 00 43 Café 01 42 22 11 59 - GSM. 06 02 16 00 43

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/06/23	22,60

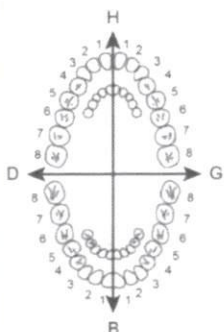
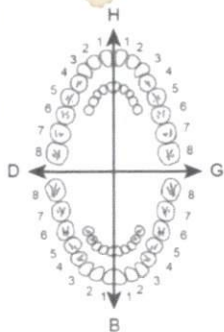
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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"/>								
	<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">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(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

Dr. Rafia KHARKHOUR

Gynécologie - Obstétrique



د. رفيعه خرخور

أخصائية في أمراض النساء والولادة

28/06/2023

ZRINEH HOUDA

2260

- Spasfon 150 mg
1 suppositoire, matin, ~~matin~~, soir, pendant , 1 semaine



Dr. RAFA KHARKHOUR
Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique
129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1^{er} Etage Cité Djemâa
Casa - Tél : 0522 56 46 99 - 06 62 16 45 28
ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243



Tél : 0522 56 46 99

En cas d'urgence GSM : 06 62 16 45 28

129 شارع 6 نوفمبر 1975 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء
129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1^{er} Etage Cité Djemâa - Casa
ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243



Spaston®
8 SUPPOSITOIRES

Tenir à l'abri de la chaleur
يحفظ بعيداً عن الحرارة



AMM N° 89 DMP/21/NTT

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال

09260



Dr. Rafia KHARKHOUR

Gynécologie - Obstétrique



د. ربيعة خرخور

أخصائية في أمراض النساء والولادة

28/06/2023

ZRINEH HOUDA

G P₂

DD R: 09.10.2022

Eph allegre

à admettre pour

accouchement

Dr. RAFFIA KHARKHOUR
Gynécologie - Obstétrique
129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1^{er} Etage Cité Djemâa - Casa
Tél : 0522 56 46 99
ICE : 00163118000020 - INPE : 091046243

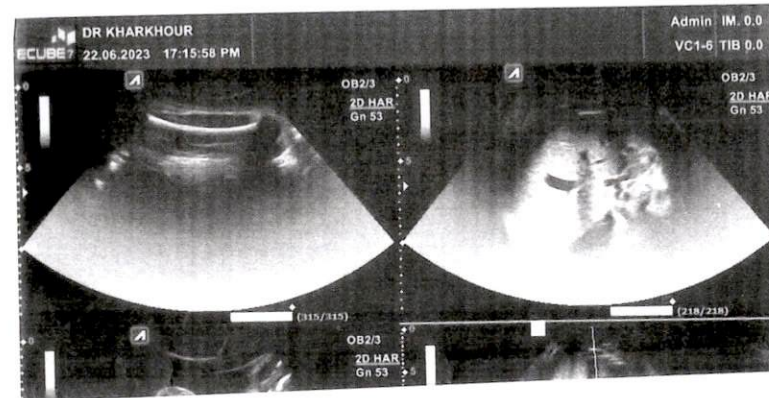
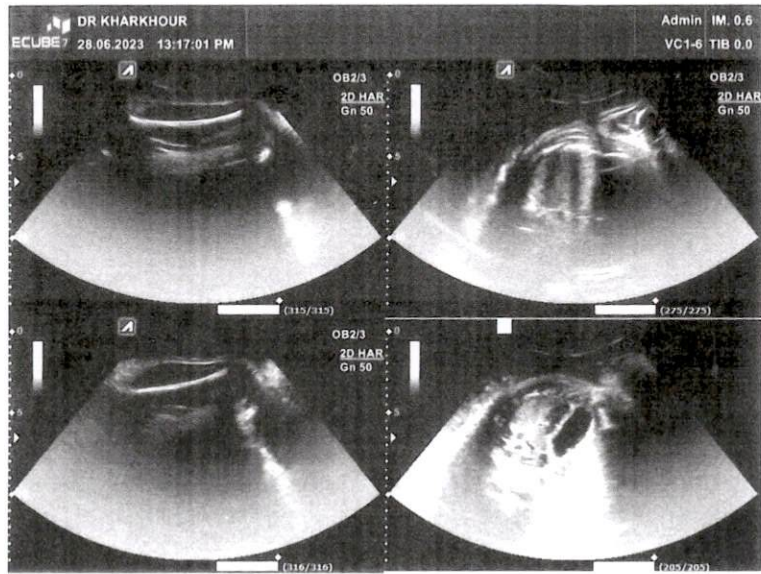
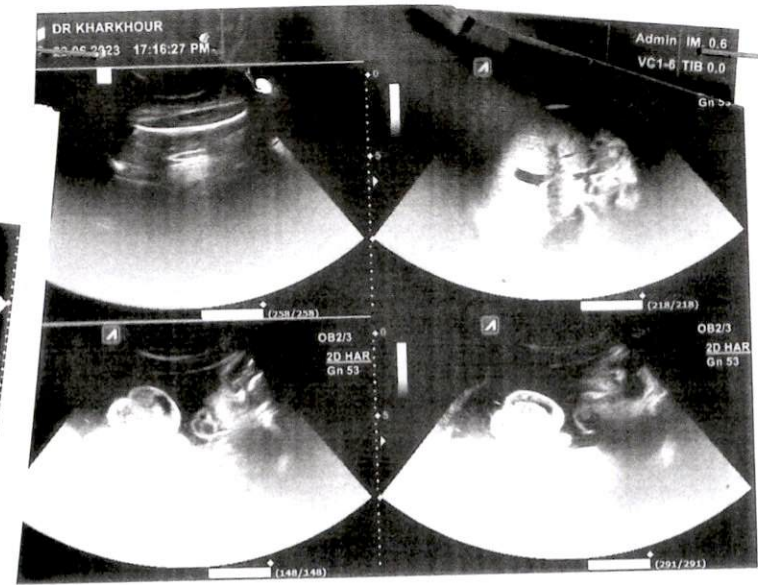
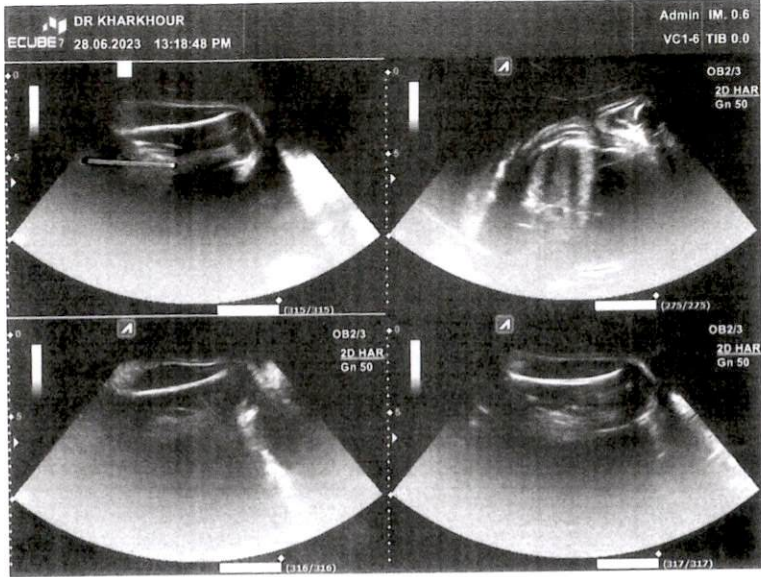
Tél : 0522 56 46 99

En cas d'urgence GSM : 06 62 16 45 28

129 شارع 6 نوفمبر 1975 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء

129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1^{er} Etage Cité Djemâa - Casa

ICE : 00163118000020 - INPE : 091046243



Dr. Rafia KHARKHOUR
Gynécologie - Obstétrique

د. ربيعة خرخور
أخصائية في أمراض النساء والولادة

- Nom : ZRINEH
- Prénom : HOUDA
- Age : 36 ans
- Gestation : 9 P
- DDR : 09.10.2022
- Particularité :
- Groupage :
- NFS :
- Toxo plasmosé :
- Rubéole :
- Syphilis :
- Glycémie à jeun / HGPO :
- TP / TCK :
- Ag / hbs :

RDV	Motif	RDV	Motif
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

- Accouchement prévu le :

BILAN PERINATAL

Tél : 0522 56 46 99 - GSM : 06 62 16 45 28

129, Avenue 6 Novembre 1975 Cité Djemâa- Casa
شارع 6 نوفمبر 1975 قرية الجماعة - الدار البيضاء