

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE FOUR

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

- 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° W21-819648

81194

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4410 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAHIR ABDEL MAJID

Date de naissance : 06/11/63

Adresse : 07 RUE 1 HAY EL OUBOUD

Tél. : 0642043596 Total des frais engagés : 665,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Médecine Générale, Gynécologie, Tél: 05 22 87 27 14]

Date de consultation : 19/10/2023

Nom et prénom du malade : MESOUMIN CHEHAOUNI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète - obésité

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



VOLET ADHERENT

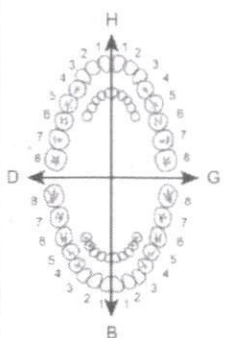
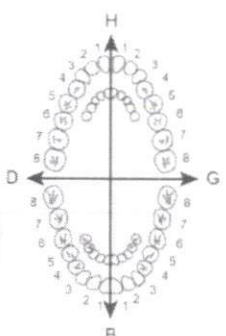
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
19/10/23			200,00	INF : 091038348
27/10/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/23	206,30
	20/10/23	259,40

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 : <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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	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 Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
Nutrition Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التفزة)
التغذية، الحمية (ريجيم)
طب النساء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 19/10/2023

M^{lle} Soumi A. CHEFCHAOUNI

Probiotique

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V : 57DH70
LOT : 22E032
PER : 11/2027
118000 010234

18 sachets
Be 3

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
LOT : 23E012
PER : 02/2028
118000 060062

18 sachets
flagyl

NEOFORTAN[®] 160 mg
PPU 98DH80
EXP 06/2026
LOT 33022 5

18 sachets
Neofortan 160

Handwritten signature in blue ink at the top of the page.

Dr. Amal BOUSMIL
مكتورة أمل بوصم
Médecine Générale-Echographie
Gynécologie Médicale
Tél: 05 22 87 27 74

PHARMACIE MALIKA
Dr. LEBBAR MALIKA
579, Boulevard Moudibouketa
Casablanca
Tél : 05 22 80 75 59

Handwritten signature and the number 20630 in blue ink.

806, Bd El Qods - 1er Etage Ap

Umax bone

18/10 (75)

35.70
22

Alprazolam

1 cp 1/2 MA

LOT 223842 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

1/2 cp 1/2 MA
1 cp 1/2 / 2/2 MA

LOT 223842 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

26/10/23
No 15765
2B

pos' ane?

PHARMACE MALIKA
Dr LEBBAK Moudibouketa
579, Boulevard Moudibouketa
Casablanca
Tel: 05 22 80 73 59

PHARMACE MALIKA
Dr LEBBAK Moudibouketa
579, Boulevard Moudibouketa
Casablanca
Tel: 05 22 80 73 59

259.40

Dr. AMAL ROUSSOF
Medicine Générale
Gynécologie
Tel: 05 22 87 27 74