

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

- 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° W21-799359

187610

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FOULANI Kabil

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CHAMPS 04 Apt B12 ENNASIM CASABLANCA

Tél. : 06 6116 6937 Total des frais engagés : # 962,5 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ANASTAS Danyel Age :

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

Nature de la maladie : affection gynécologique

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 : 14/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

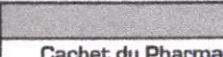
Déclaration de maladie N° W21-799359

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12547
Nom de l'adhérent(e) : EL FOULANI
Total des frais engagés : # 962,5 #
Date de dépôt :

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
| 16/12/23 | CS | | 300 dh |
| 16/12/23 | Consultation | | 300 dh |

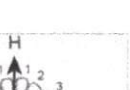
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 14/12/17 | 362/50 |

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

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

[illegible]



| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| D | | | G |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | | | 11433553 |
| B | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

(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 L'EXECUTION

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 14/12/23

RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme
de six cents (600dh) dirhams de
Mme ENNASSER MERYEM pour
Une consultation spécialisée (300 dh)
+ un monitoring foetal (300 dh).



Neuvième Consultation:

Date:

14 DEC 2023

Age: 37 ans

Poids: 66 kg

- Alb: 0

- S: 0

TA: 117

Col: ferme, antérieur, mou

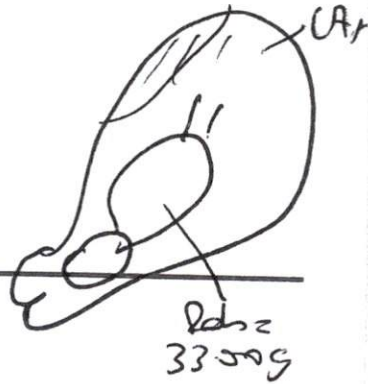
Bcf: (+)

Hu: 31 cm

PDE: Intacte

SI: éversion céphalique faite

OMI: (-)



MONITORING OBSTÉTRICAL

SCANOPELVIMETRIE

Bilan Pré-Accouchement

NFS:

TP, TCK:

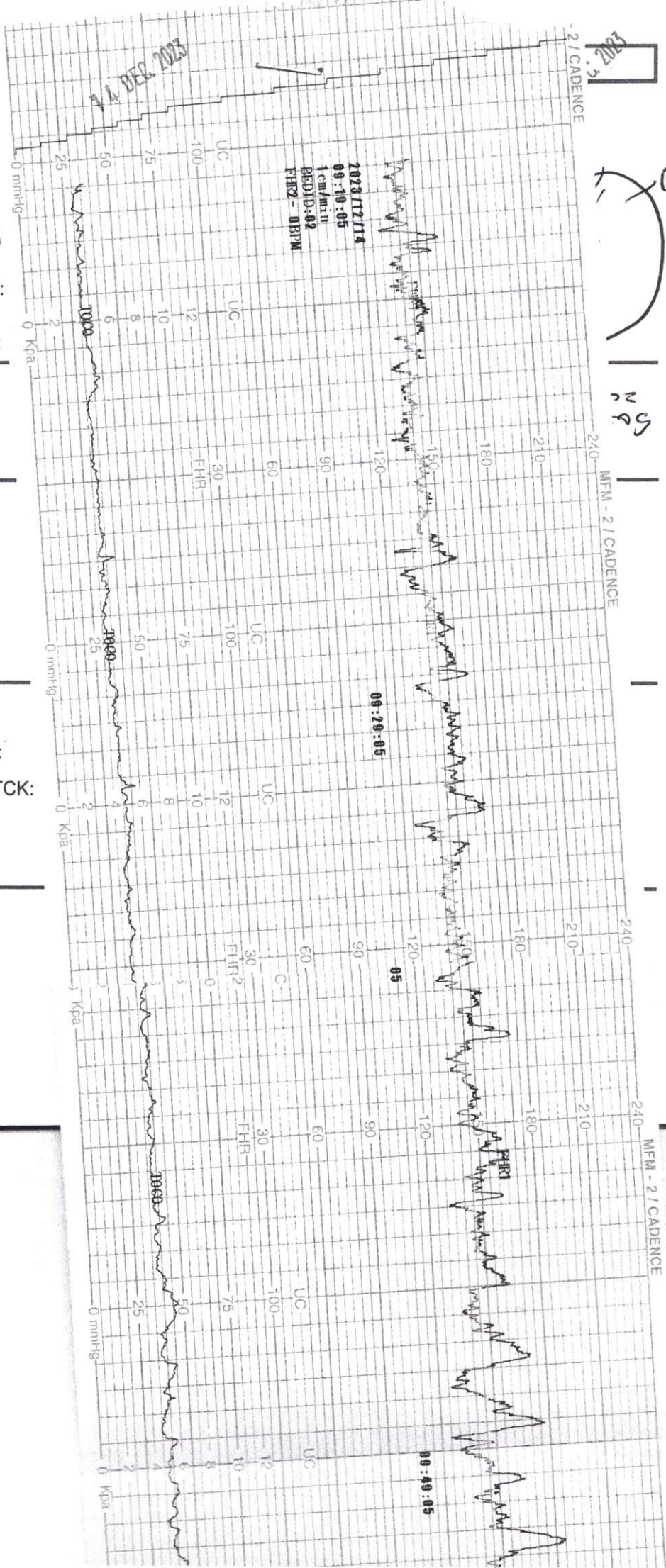
PV:

Décision obstétricale



Age
Poic
TA:
Col:
Bcf:
Hu:
PDE:
SI:
OMI:

NFS:
TP, TCK:
PV:



TALE

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 14/12/2023

Mme Ennasser Meryem

94,00 x 2 = 188,00

FERPLEX FOL

1 ampoule le matin

85,50

GASTINAT

1 sachet, matin et soir

83,00

SEDASTERIL

Toilette matin et soir

362,50

S.M.S.

FERPLEX FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Bolte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

FERPLEX FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Bolte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

L 3235
EXP : 12/25
85,50 DH

3 160929 901080

COMP030

Pharmacie Sun Square Almaz
Dr. Amrani Walid

218, Sun Square Almaz

Rocade Sud-Ouest

Tél - Wtsp : 06 20

INPE : 0621

SD36 0326

LOT PER

Prix

89.00

