

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 Farin et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge, Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 19 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

W21-833181

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Guessous oum Keltoum
 Date de naissance : 25/12/78
 Adresse : 478, rue des Enobles, C.G.R., ville verte
 Bouskoura
 Tél. : 066274273 Total des frais engagés : 685,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2023
 Nom et prénom du malade : Guessous oum Keltoum Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Neuropathique
 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 : Casablanca Le : 03/01/24
 Signature de l'adhérent(e) :

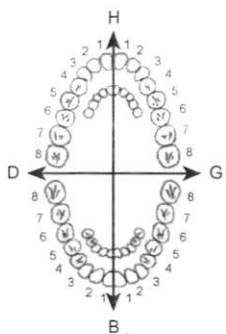
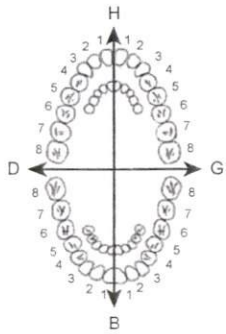
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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 Paiement des Actes |
| 14/12/2023 | CS | | 3000DH | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie Al Andalous, GH4 Rue. Dyn - BOUSKOURA N° 10 - BOUSKOURA Tél.: 05 22 33 49 81 | 14/12/2023 | 385,50 |

| 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 |
| | | 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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | |
|  | | | | | <table border="1"> <tr> <td colspan="2"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Montant des Honoraires </td> </tr> </table> | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | Montant des Honoraires | |
| H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | |
| Montant des Honoraires | | | | | | | | | | | |
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | |

VOLET ADHERENT

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier benou el anoum roches
noires carablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRC P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier benou el anoum roches
noires carablanca

INEXIUM

20 mg

Boite 14

640150MP/21NRC P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

MILIDER 30 GELULES

LOT : 2200001

PER : 03/2025

PRIX : 125 DH

- Diplôme de pharmacien et de pharmacie - UHIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).

مكة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
مكة باريس ديدرو بفرنسا.
ماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.

سبيري

LOT : 548
PER : 07/20
PPV : 14,20 DH

ETLGEF01 V01

ORDONNANCE

Casablanca, le : 14/12/2023

GUESSOUS OUM KELTOUM

- 125,00
- KALMLIDER - SAFRAN - Gélule
1 gélule le matin (1 mois)

- 14,20
- Anxiol 6 mg - comprimé sécable
1/4 comprimé le soir pendant 10 jours puis arrêt

- 82,10 x 3
- Cefaline hauth 500 mg / 50 mg - sachet
1 sachet au besoin

- Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant
1 gélules le matin avant le petit déjeuner (au be

385,50

Dr. SABIRY Sara
Neurologue - EEG
548, Avenue sounnah - Casablanca
2 Mars - Modibo Keita - GSM: 06 53 45 60 46
Tel.: 05 22 82 10 10 - INPE: 0912557195

MAY-26
ZESC
JUN-23

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al nouam roches
nirres casablanca
INEXIUM
Cp GR
20 mg
Boîte 14
640150MP/21ANRO P.P.V: 82,10 DH
118001 020591

Pharmacie Dyar Al Andalous
Res. sounnah - Casablanca GH4
N° 10 - LOUSKOURA
Tel.: 05 22 33 49 81

548, محج 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا, الطابق 2 شقة 7, إقامة السنة-الدار البيضاء
548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca
☎ 05 22 82 10 10 ☐ 06 53 45 60 46 ✉ sara.sabiry@gmail.com