

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 canalaires, 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 canalaires.

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'H. 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

M23-010604

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5169 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMRARRASS TAIBI
Date de naissance : 1/11/1956
Adresse : AV. Laguarda 445115 N°10 C.D. CASA
Tél. : 0603392662 Total des frais engagés : 104060 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ
Bd Reda Guedira N°214 CD
Casablanca
Date de consultation : 08/03/2024
Nom et prénom du malade : HAMRARRASS TAIBI
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 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 :
Signature de l'adhérent(e) :

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
08.03.21	C		2000	DR. HASSAN ABDELMAZIZ Bou Reda Guedira N° 214 00 Casablanca S.M: 06 61 77 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
09/07/2021 Bou Reda Guedira Ben M'sik Casablanca N.P: 92001572	3 24	840.60

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 canalaires, 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 COEFFICIENT 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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Casablanca , le

08.03.2024

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة مونتبولي بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصل من جامعة بوردو
- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بوردو
- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الدار البيضاء، في

Mr HAMRARASS Taibi

MADOPAR 200/50

1 boîte

1 1/2 X 4 / J 1 MOIS

TRIVASTAL LP 50 mg cp enr LP : B/30

2 boîtes

2 1 le matin et le soir, après le repas, pendant 1 mois.

DOLICOX 60 MG

3 Prendre 1 comprimé par jour, après le repas, pendant 14 jours.

MYDOPLEX 150 MG

4 Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 20 jours.

Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ

Médecin

Bd Reda Guedira N°214 CD

Casablanca

G.S.M : 06 61 77 02 02

شارع رضى الكديرة (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.55.64.60 - Tél : 06.61.77.02.02 GSM

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

TRIVASTAL[®] 50mg LP

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivraie 05, Casablanca Marina
MADOPAR 210/50, 100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH



110150

DOLICOX[®] 60 mg

7 Comprimés pelliculés



PPV : 82DH40
PER : 05/26
LOT : M716-11

DOLICOX[®] 60 mg

7 Comprimés pelliculés



PPV : 82DH40
PER : 05/25
LOT : L1561-3

GTIN : 06118001260850
LOT : 4147
MFG : 04 2023
EXP : 04 2026
PPV : 87Dhs90



MYDOFLEX[®] 150 mg

Tolpérisone HCl
30 Comprimés pelliculés



TRIVASTAL[®] 50mg LP

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



MYDOFLEX[®] 150 mg

Tolpérisone HCl
30 Comprimés pelliculés



GTIN : 06118001260850
LOT : 4147
MFG : 04 2023
EXP : 04 2026
PPV : 87Dhs90

