

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-815255

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13169 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : 903418

Nom & Prénom : Faggane El mehdi

Date de naissance : 21/09/1991

Adresse : Resd dar salou Imm 501, App 7, Casa

Tél. : 0661 31 83 29 Total des frais engagés : 538,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachid SA... MEDECIN 73, Av. Colonel Moud Allam 1er étage (en dessus BMCE) Boumazel - Casablanca Tél : 05 22 72 42 41

Date de consultation : 24 Avril 2024

Nom et prénom du malade : Faggane El mehdi

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

Nature de la maladie : aff de cor

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

Signature de l'adhérent(e) : R

Le : 26 / 04 / 2024

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
4 Avril 2024				INPE: 09122471 Dr. Rachid SA MEDECIN 73, Av. Colonel Sad Aham 10 (en dessus d'Alger) - Bouharzel - G

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN

73, Av. Colonel - 1^{er} étage -
(en dessus BMEC) Souk-nazal - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie ALFA</p> <p>WADDOU IDRISSE Amel</p> <p>07111111, Rue 6</p> <p>3 - 4 - Casablanca</p> <p>201926</p>	24.4.24	338,10

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Pharmacie AMAL
Dr. BENNADDOU IDRISSE AMAL
Si. Oujda, Rue 6
N° 2 - 4 - Casablanca
05 22 29 19 20

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

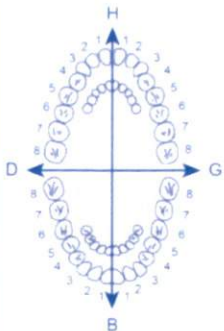
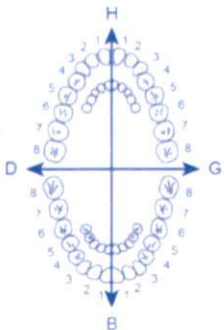
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بيديزونيدي

100 ميكروغرام

معلق للإستنشاق
عن طريق الأنف



200 جرعة

الإستعمال

Lot N°:

FAB:

EXP:

PPV: 149DH00

66T045A

10/2023

10/2025



PPV:18DH70
PER:12/26
LOT:M4400



DR . RACHID SAÏF
MEDECIN

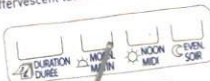
- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université Montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Maroc
- Echographie -ECG

Lefflox PHARMA 5[®]
lévofloxacine

500 mg

LOT : 7601
PER : 09 - 26
P.P.V : 130DH40

10 comprimés pelliculés



COOPER
41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
41, ريف محمد المديري 20110 الدار البيضاء المغرب
صيدلي مسؤولة: أمينة الداودي

casablanca le : **24 Avri 2024**

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

Signature of Rachid Saïf

130,40 D Lefflox 500mg
40,00 D 2 capsules
18,70 D 2 capsules
149,00 D 2 capsules

40,00

18,70

149,00

Pharmacie AHILA
Dr. BENADDOU IDRISI Amal
Sidi Othman II, rue 6
N° 2 - 4 - Casablanca
Tel : 05 22 29 19 26

T=338,10

Dr. Rachid SAÏF
MEDECIN

73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage
(en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

73, شارع العقيد العلامة - الطابق الأول (فوق بنك BMCE) - بورتازيل - البيضاء - الهاتف : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42
73, AV Colonel Akid Allam 1 étage (En dessus BMCE) - Bournazel - Casablanca - Tél : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42