

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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'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

203810

Déclaration de Maladie

M23- N° 0040638

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679 Société : RAN

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : EL DRASSI Youssef

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 14 km 157 An. Richard

Casablanca

Tél. : 0660250374 Total des frais engagés : 506,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

خبير محمد هادي
د. سولاي عبد الله، شارع الخليل الزنقة 132
الرقم 6 عين الشق - 20480 الدار البيضاء
الهاتف : 0522 21 85 11

Date de consultation : 13/04/24

Nom et prénom du malade : EL DRASSI Youssef Age :

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

Nature de la maladie : Brucelle

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

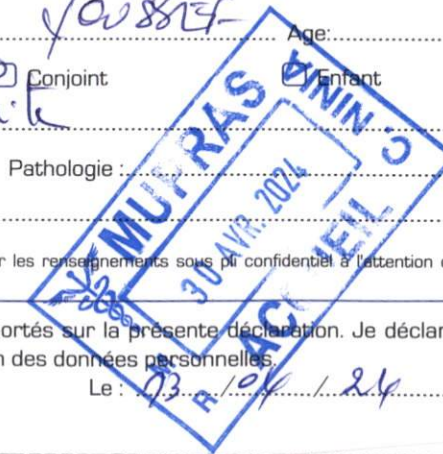
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 13/04/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/04/2024 | C | 1 | 152 | الدكتور محمد عتيق خبر الحلف لدى المحاكم حرمو لاني عبد الله شارع الخليل الزنقة 132 الرقم 6 عين الشق 20480 الدار البيضاء الهاتف : 0522 21 85 11 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE BOULEVARD QODS SLAOUI HANNA ZAHRA 54, Boulevard El Qods Tel: 05 22 52 39 39 Casablanca | 13/04/24 | 356,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

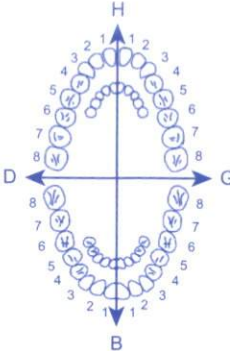
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

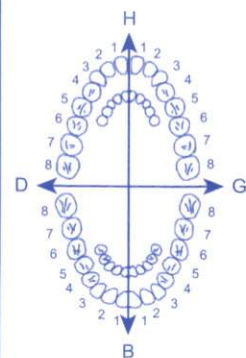
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|--|-------------------------|
| | 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

Docteur Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine

الدكتور محمد عتيق
دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 13/04/24

متعدد الممارسات

حائز على شهادة الصب الرياضي
الجمعية - التغذية الرياضية

الصب الفيزيائي - الترويض الصحي

الصب الصيغوي

حائز على شهادة الخبرة الصحية
والتعويض القانوني للضرر الجسدي

LOT : 9612
PER : 12-25
P.P.V : 174DH80

PPV 14DH80
PER 12/26
LOT 9612

Composition:

Extrait de l'huile de sésame

Excipient

Excipient à effet notoire:

Conserver à une température

Ne pas Laisser à portée de

Pour les indications, les c

PPV: 140,00 Dhs

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

EL IDRISSI

174,80

Achev

14,80

Dolipne

140,00

mebo

27,30

Dulc

356,90

PHARMACIE BOULEVARD QODS
SLAOUI HANNA ZAHRA
54, Boulevard El Qods
Tel: 05 22 21 85 11 - 22 39 39
Casablanca

الدكتور محمد عتيق
محلف لدى المحاكم
132 الزقاق 6 - عين الشق

20480 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522218511 - الفاكس: 0522508403

Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 N°6 - Ain Chok
20480 - Casablanca - Tél.: 05 22 21 85 11 - Fax : 0522 50 84 03

E-mail : aatikmohamed0@gmail.com