

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

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° P19-0029905

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBSI Mohamed

Date de naissance :

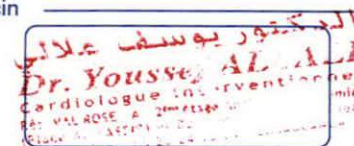
Adresse :

Tél. 0666262795

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/11/13

Nom et prénom du malade :

Age : 1356

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/11/19 | Cumuleton etc | | 300 DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

21/11/19 599,20

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.

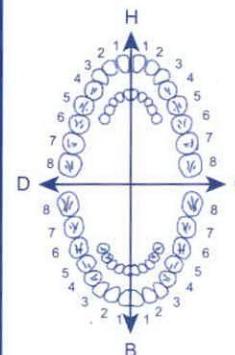
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

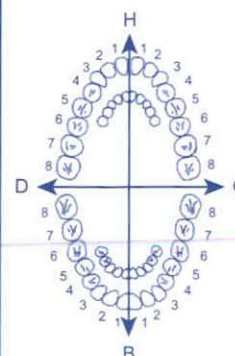
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
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 Youssef ALLALI

Cardiologue interventionnel

Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris

Diplômé des Universités de Paris en Cardiologie Interventionnelle

Diplômé des Universités de Paris en écho-doppler Cardio-vasculaire



الدكتور يوسف علالي

أخصائي في العمليات التداخلية للقلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين بجامعة باريس

حائز على دبلوم الصدى بالاكوان للقلب و الشرايين بجامعة باريس

Casablanca le :

21/11/13

Dr. Youssef ALLALI

75,000 x 2 Venoxyl 100mg (2 boites)

Zotrol 50 mg x 2/

25,000 x 6

Augmentin 500/62,5 : 1 gel x 2/ (18.6)

138,30

Amoxicillin 1000 mg x 2/ (18.6)

79,90

Amoxicillin 1000 mg x 2/ (18.6)

30,50

Doliprane 1000 mg x 2/ (28.6)

14,000 x 2

PANORAM (18.6)

23,00

1 gel x 2/

599,70

Dr. Youssef ALLALI
Cardiologue Interventionnel
Rég. Val de Rose - A-2ème étage Angle Albert Premier (Place AL YASSIR) et Bd Mohamed V Belvédère, Casablanca

Sur Rendez-vous

PHARMACIE OULMES
LAKRAKI HAKMA
ANCLE DE CHANZI ET
Y EL MANSOUR 360806

العنوان : إقامة فال روز - 1 الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر بلقدير الدار (الحي)
Adresse : Résidence VAL ROSE - A- 2ème étage Angle Albert Premier (Place AL YASSIR) et Bd Mohamed V Belvédère, Casablanca
Tél : 05 22 24 13 71 - Fax : 05 22 24 13 71 - Email : cabinet.youssefallali@hotmail.fr

V 60 05 22 YL
LOT PER
Prix 75,00

V 60 05 22 YL
LOT PER
Prix 75,00

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 05/2022
LOT 92056 4

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 05/2022
LOT 92056 5
6 118000 032816

Maphar
Km 10, Route Catière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
PANSORAL GEL BUCCAL
T16 G
P.P.V : 23,00 DH
5 118000 012078

MODIUM 2MG GELULE
LOT : 19001V
PER : 03 2024
P.P.V : 300H50
6 118000 010845

PPV: 138,30 DH
LOT: 608399
PER: 09/20

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 05/2022
LOT 92056 5

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 01/2021
LOT 70086 2

Lot: 190232
A consommer de préférence avant le: 04/2024
PPC: 79,90 DH
8 032578 473018

Doliprane® 1000 mg
10 comprimés
PPV: 14DH00
PBR: 05/22
14/00

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 05/2022
LOT 92056 5

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
6 118000 032816

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 05/2022
LOT 92056 4

Doliprane® 1000 mg
10 comprimés
PPV: 14DH00
PBR: 05/22
LOT: 11215
14/00