

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Prendre 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

5



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0028644
m3-30419

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6893 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAFKI SAID

Date de naissance : 37 RUE DES IRIS Beaujeu

Adresse : 04/08/1959

Tél. : Total des frais engagés : 642,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MIFDAL Malika
Médecine Générale
35, Rue Korouf Hay Raha
(Beaujeu) - Casablanca
Tél. 05 22 22 23 23

Date de consultation : 22/05/2020

Nom et prénom du malade : Ouafki Said Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique, Dermabiose

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 : Le : / /

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

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
22/05/20	C		1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/05/20	434,80
	22/08/20	60,35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

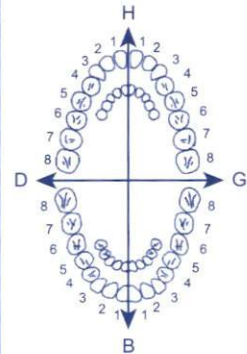
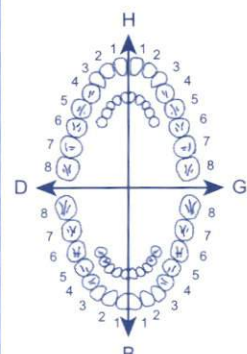
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Mifdal Malika

Médecine Générale

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2

Hay Raha (Beausejour)

CASABLANCA

Tél.: 0522.36.64.48

الدكتورة مفضل مليكة

الطب العام

36, زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)

الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء

الهاتف: 0522.36.64.48

CASABLANCA, LE 22/05/2020

N° Ouafk. Said

102,00 - Bireodogyl

18 x 21

14,00 - Dolipran 1000

18 x 21

58,40

Solupred 20

38 x 21

4 x 24,40

- Baycettene crê (N°4)

1 app x 31

19,90

- Idol 1 ديفال

45,50

- Cataplan 50

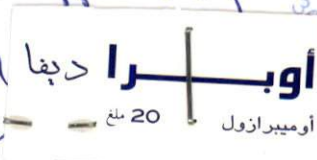
18 x 21

20,00

- Opra 20 1 gel 12



PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses, A Caré de
Masjid Almoray, Beausejour
Tél: 0522 36 64 30 - Casablanca
Patente: 34908192



7 كبسولات

Siccaprotect®

A utiliser avant: / Lot n°

2,00 Sicea protect
Sgwnij

52,40 - Smecha

10 x 21

4,34,80



Cataflam® 50 mg

20 Dragées à 50 mg

PHARMACIE AL
67, Rue des Ro
Masjid Annou
Tél: 0522 36 8
Patent

N° بايكوتين

مضاد للأكزيما

إستعمال خارجي

15 غ من المرهم

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

Baycutène® N

Anti-eczémateux

15 g de crème

Bayer

Baycutène® N

15 g de crème

Baycutène® N

15 g de crème

BiRODO

15 comprimés pelliculés

IDOL® 100 mg

indométacine

ANTINOREX[®]

Cyproheptadine

Sirop

Dontomycine[®] 1,5 M.U.I

16 comprimés

Voie orale

Pharmacie AL WOUROUD

casablanca

Telephone : 022-36-84-30

34808192

Facture N° 1 Du 22/05/2020

ICE:0015412540000151

Client : OUAFKI SAID

FO	PRODUIT	QTE	PRIX	QTE * PRIX
SI	ANTINOREX SIROP	1	14.00	14.00
CO	DONTOMYCINE 1.5 MI/16 CPS	1	46.30	46.30
	Total			60.30

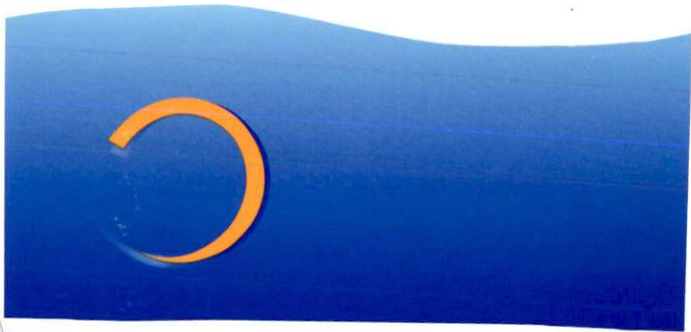
Arrétée la présente facture à Soixante Dirhams Et Trente Centimes

Pharmacie AL WOUROUD
87, Boulevard des Palmes A Côté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

م

سہیگٹا

♦♦ دیوسمکتیت



کیس 30

IPSEN

52,40