

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° W19-515117
34827

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KETTANI SIDI HAMID

Date de naissance : 19.04.1950

Adresse : 98 RUE MIMOUZA Apt 23 HAY ARRAHA

Tél. : 061220765 Total des frais engagés : 59,6 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2020

Nom et prénom du malade : EL KETTANI SIDI HAMID

Age : 70 ans

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

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : 09/07/2020

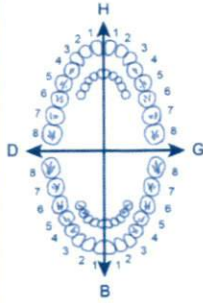
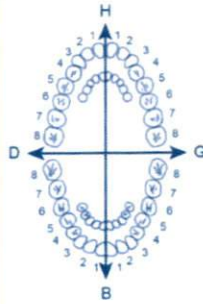
Signature de l'adhérent(e) :

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
09/07/20	Q1	300	300,00	INF: 090214157

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOUROUD 67, Rue des Roses - Coll. de Masja - Annour - Beauséjour Tél: 05 36 84 30 - Casablanca Patente: 34908192	09/07/20	296,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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	INF : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table>				H	21433552	G	25533412	00000000		D	00000000		35533411	11433553	B
	H	21433552	G													
	25533412	00000000														
	D	00000000														
	35533411	11433553	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												



Dr Zineb Berrada ep Bettache
Spécialiste des Maladies Respiratoires

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris- France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

الدكتورة زينب بريدة

أخصائية امراض الجهاز التنفسي و أمراض السل

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبترير و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

09/07/2020

ELKETANI SIDI HAMID



Casablanca le :

42,00

205,00

49,00

296,00

• **Predni 20 mg - comprimé effervescent sécable**
3 comprimés, matin, après les repas, pendant 5 jours

• **Tavanic 500mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 7 jours

• **Oedes 20 mg - gélule**
1 Gélule, matin, 1/4 heure avant le repas du matin, pendant 7 jours

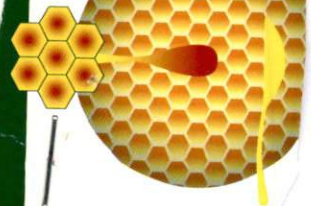
• **DociVox - cuillère**
1 cuillère, matin, soir, pendant 5 jours

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH



6 116001 080830

LOT: 200090
DLUO: 03/2023
49,00 DH



Handwritten signature of Dr Zineb Berrada.

