

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

- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-444787

ND-17505

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 944 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ALMONY Abdelmajid
 Date de naissance : 09-01-1930
 Adresse : Corp/ALICHAFFI - 1-21- Sidi Maaronj Casablanca
 Tél. : 522.32.19.96 Total des frais engagés : 1027,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Siham BELAICHE Cardiologue
 Angle Bd. Ibn Tachefine et Adraa El Mourakouchi 3ème Etage N°5 Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45
 Date de consultation : 27/12/2019
 Nom et prénom du malade : ZITOUNE KEBIRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H-TA
 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
 Signature de l'adhérent(e) : M. Almouy
 ACCUEIL
 22 JAN. 2020

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
27/12/19	C. EEG 28604			INP: 091041186

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
27/12/2019	35130

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	
Le praticien est prié de préciser la dent	Important : Veuillez joindre les ré
SOINS DENTAIRE	SOINS DENTAIRE
<p>LOT: 192274 EXP: 10/2023 PPV: 31.30</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>	<p>LOT: 192274 EXP: 10/2023 PPV: 31.30</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE</p> <p>H: 25533412 21433552 D: 00000000 00000000 B: 35533411 11433553</p> <p>(Création, remont, adjonc...) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à...</p>	<p>LOT: 192274 EXP: 10/2023 PPV: 31.30</p> <p>Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH</p>
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN A</p>	<p>LOT: 192274 EXP: 10/2023 PPV: 31.30</p> <p>Cardensiel® 40 mg/ml Amitriptyline Gouttes buvables 20 ml</p>

☒ **valable 3 mois**

Le 27 / 12 / 2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

HTA sévère → Hypertension

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à déterminer

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين

Se 27/12/2019

M^{re} Zitouna Kebira

306.000²

- Suivi 10/160/20
HCT

58.10 x 3

Cap de l'océan 5 1/2

3000
de

3130 x 4

Zyronic 200

pour l'entretien

Cap de l'océan



Laosyl 6tt
5 6tt Cap de l'océan



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachefine et Adraa
El Mourakouchi 3ème étage N° 5
Casablanca - Tél : 05 22 61 11 33

زاوية شارع ابن تاشفين و ابن المرابطي . إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

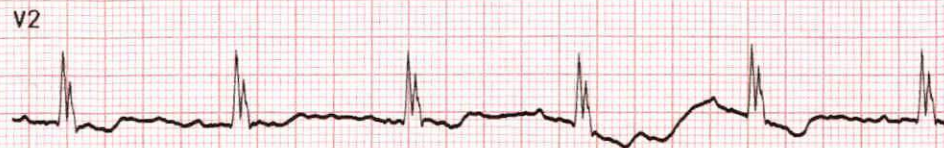
(فوق آسيا و BMCE) - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

DEC. 27 2019 14:13
ID= AGE=

AC, DERIVAT

ZITOUNE.
KEBIRA



DEC. 27 2019 14:13

AC, DERIV

ID=

AGE=

