

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

- 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'Horizon
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° W19-449194

ND = 17807

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAD M. HAMED

Date de naissance : 11-12-1943

Adresse : 256 Bd BORDEAUX APP 4-10
ETG 5 CASABLANCA

Tél : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés : 906,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2020

Nom et prénom du malade : LAHILA Age :

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 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 : 23/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

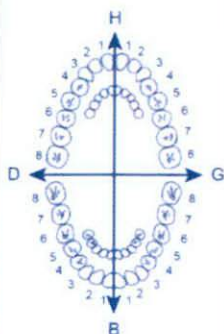
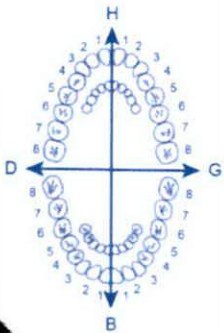
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكرات (باريس)

Casablanca, le

23/04/2020

في

236,00

BAZIR Lahila

LOT: KA82132
PER: 04-2020
PPV: 236,00DH

LOT: KA84430 PER: 11-2020
PPV: 236,00DH

PHARMACIE MY. YOUSSEF
Salma CHEFIR D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My. Youssef
CASABLANCA - Tél: 05 22 22 27 25

LOT: PA81219
PER: 10-2020
PPV: 196,00DH

~~Synovex 1m~~

57,30
57,30
13,30

1/2 g bacitracin, 1g
Nozican 1m

LOT: 8MA013V
PER: 09-2023
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 57DH30
6 118000 060482

13,30
13,30

1/2 g bacitracin

LOT: 8MA074
PER: 08-2022
ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V.: 13DH30
6 118000 060314

502,60 1g bacitracin

306,60

traitement post

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue Tahar Houcine (Ex. rue Galilée)
Tél: 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

75, Rue TAHAR Houcine (Ex. Galilée) - Quartier Gauthier - Casablanca

Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49

75, رتبة طه حسين (كليتي سابقا) حي كوتيبي - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - الفاكس : 0522 27.41.49

PHARMACIE MY. YOUSSEF
Salma CHEFIR D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My. Youssef
CASABLANCA - Tél: 05 22 22 27 25

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكرارت (باريس)

Caisse d'alloc. fam.

no 2 405

A 21 B

La hite

150,00 x 4

21/1/2020

00744/21

LOT: PA90522
PER: 02-21
PPV: 150,00DH

Synex 10

LOT: PA90529
PER: 03-2021
PPV: 150,00DH

150,00
x 3

19.6 - 24.6

LOT: PA90529
PER: 03-2021
PPV: 150,00DH

450,00

Traite 121 200

LOT: PA90522
PER: 02-21
PPV: 150,00DH

600,00

PHARMACIE MY. YOUSSEF
139, Boulevard de l'Indépendance
CASABLANCA - Tél. : 0522 27.41.49
Fax : 0522 27.41.49

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue TAHA HOUNINE (Ex. Gaillée)
Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

75, Rue TAHA HOUNINE (Ex. Gaillée) - Quartier Gauthier - Casablanca

Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49

75, زقة طه حسين (كليتي سابقا) حي كوتبي - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - الفاكس : 0522 27.41.49

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA CHERIF D'OUAZZANE
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° CNSS : 6387733

N° ID.F. : 40100310

N° ICE 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

MME BAZIB LAHILA

I.C.E. :

Le : 21/01/2020

FACTURE N°: 6168/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ARTANE 5 COMPS/20	13,30		13,30
1	ISPERID 2 MG 60 CPS	236,00	7	236,00
1	NOZINAN.100 COMPS/20	57,30	7	57,30
4	SYNNAX 50MG/30CPS	150,00	7	600,00

TVA 7%: 58.44

Total : 906,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

NEUF CENT SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139 Boulevard My Youssef
CASABLANCA - Tel: 05 22 22 27 25