

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

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

21453

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001891

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05792 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SAÏDI Abdelhak Date de naissance : 02.01.1960
 Adresse : RES. WAFI 4. IM 44. AP 14 WAFI/ALFA - CAS
 Tél. : 06 09 17 54 00 Total des frais engagés : 798,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.0 DEC 2019

Nom et prénom du malade : LEMACI Najah Age :

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

Nature de la maladie : Zaccute - Gacule

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 : CAS Le : 17.12.2019

Signature de l'adhérent(e) : SAÏDI

ACCUEIL

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30-12-19	538,80

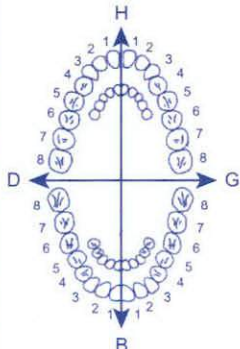
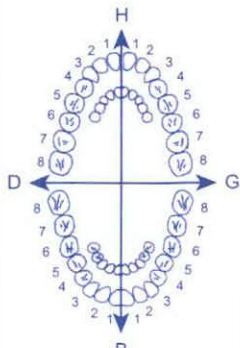
[illegible][illegible]

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'O

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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															

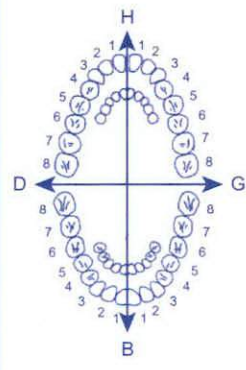
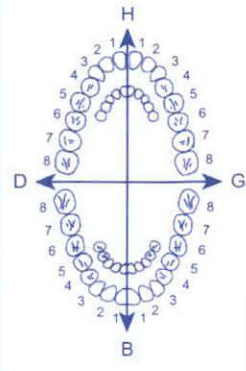
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'O

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			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			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 Saïd GZOUli

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

30 DEC, 2019

الدار البيضاء, في :

CLOPRAME® 10 mg

10 ampoules injectables

PPV 22DH30

EXP 08/2022

LOT 94065 5

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat, R.P.
Ain sebaâ Casablanca
No spa 40 mg/2ml, inj
b 5amp
P.P.V : 32,00 DH

6 118000 061335

... sachet(s) fois
de préférence au début
..... jours.
entièrement la notice avant em
ن اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خا
liquement sur ordonn
ECTER LES DOSES PRES

PPV : 168,20 DH
LOT : 619315

Fitorax®
Solution buvable

Adultes

Lot : 190662
À consommer
avant le : 10/2022
PPC : 79,90 DH

(قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Maz

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

6- NFD B.O.N

209246 1any/15 jours

puis 1any/mois
538.80.

الدكتور سعيد الخولعي
طبيب في
الدار العامة
02 90 97 55
022 90 21 67
الماتة

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 Casa

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل

LOT 181763
EXP 08/2021
PPV 99.000DH

OEDES 20mg
28 gélules
6 118001 100088

ZENITH Pharma
AMM N°171/16DMP/21/NNPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل