

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° W19-475524

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22751**

Matricule : **10503** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **A GOUTI DRISS**

Date de naissance : **26/02/1963**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **02249 9474** Total des frais engagés : **2980** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25/01/2020**

Nom et prénom du malade : **EL AOUNY HATIMA** Age : **56**

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

Nature de la maladie : **Diabète de type 2**

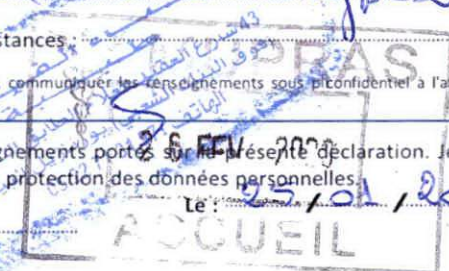
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **2020-01-25** Le : **25/01/2020**

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
25/01/2020 (L)			12000	INP: 091130963 القيد العام البنك الشعبي الهاتف: 31 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	25/10/20	409.20

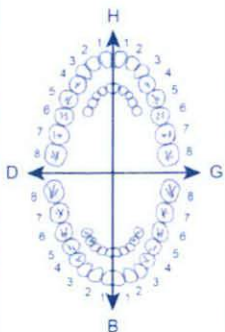
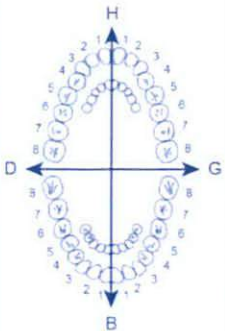
[illegible][illegible]

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr FILALI SANAA

Omnipraticienne

- Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca .
- Ex Médecin interne au service de maternité du CHU Ibn Rochd Casablanca .
- Ex Médecin Interne à L'hôpital Moulay Youssef Casablanca .
- Echographie - ECG .
- Médecin Agréé pour la délivrance de certificat d'aptitude pour l'obtention du Permis de Conduire

الدكتورة الفيلالي سناء

الطب العام

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء .
- طبيبة داخلية سابقة بقسم الولادة .
- بالمركز الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء .
- طبيبة داخلية سابقة
- بمستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء .
- الفحص بالصدى . التخطيط الكهربائي للقلب
- طبيبة معتمدة لتسليم شهادة طبية لنيل رخصة السياقة



Casablanca le : 12 5 JAN 2020

HEBAC AOUNY FATIMA

92.80

① OMEPRANOL 40mg pharma 60 (Bte 28)

162 x 28 par 200

52.40

② OMEGA 100

Max 300

98.80

③ NeoFol - 1600

49.80

④ FLAGYL 500

Max 300




T=293.80

⑤ DIAMICRON 600 mg
78.7

1 up 10  2 Mois.

⑥ Myodanum ^{36.7} unie

is 409.6

up 20 

سنة الضمان
طبيعية
43 شارع العقيد الحاج الطابق الثاني
أفوق البنك الشعبي بوزهازل البيضاء
الهاتف: 0522 71 31 31

242600060-02

78.70

NEOFORTAN® 160 mg

PPV: 98DH80
EXP: 07/2022
LOT: 96031 3

LOT: 9MA168
PER: 04/2024

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V.: 46DH80

6 118000 060062

LOT: 9MA600
PER: 03/2022

SMECTA 3G
SACHETS B30

P.P.V.: 52DH40

6 118000 011460

LOT: 19399
PER: 05/2021
PPV: 920180

92.60



MYODANUM

LOT: 08019101
PER: 12/2024
PPV: 36.70 DH

Topique