

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

- 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 (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° P19- 065172

ND: 28224

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4672 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUASSINI Abdelali
 Date de naissance : 01-01-1948
 Adresse : Riyad Rabma Villa Rabma
 Tél. : 06 96 78 78 73 Total des frais engagés : 4461,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : NAIMA BOUANI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Polyarthrite Nœud deformaté !
 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 : 29 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-065172

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
23.05.20	709,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
29/05/2020			3752,00

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OC

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ISMAIL ZARROU

CABINET DE CONSULTATION MEDICALE

GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

UNITÉ DE CHIRURGIE DU CABINET - PARIS SORBONNE

AMAL 2, RUE 12, N°5 S/B CASABLANCA -

URGENCES : 06.44.38.24.31 - BUREAU : 08.08.52.72.09

SANS R.D.V. : 9H00-13H00 - SUR R.D.V. : 13H00-19H00 -

CONSULTATIONS À DOMICILE - WWW.MASSAHA.COM WWW.DOCTEURZARROU.COM



ORDONNANCE

29 MAI 2020

NOM PRENOM JAOUANI NAIMA

58A2M17J

POIDS 82 TAILLE 167 CM IMC 29 SURPOIDS

60,00 x 3 = 180,00



FERPLEX 40 MG

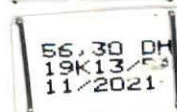
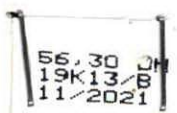
1 FLACON PAR JOUR PENDANT 3 MOIS



56,30 x 3 = 168,90

D-CURE 25000 UI, AMPOULE BUvable

AMPOULE PAR SEMAINE PENDANT 3 MOIS



PHARMACIE
N° 17 - Bld El Hassan
Tél: 05 22 87 13 09

T= 709,90

PHARMACIE ZAYD
Madinat El Amal 2 / Bloc 6
N° 17 - Bld El Hassan
Tél: 05 22 87 13 09

Dr. Ismail ZARROU
N° 5 Rue 12 Amal 2 Sidi Bernoussi Casa
Gsm : 06.44.38.24.31 / 06.12.06.05.65
www.docteurzarrou.com

SIGNATURE

DR. ISMAIL ZARROU
CABINET DE CONSULTATION MÉDICALE
GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE
UNITÉ DE CHIRURGIE DU CABINET - PARIS SORBONNE
AMAL 2, RUE 12, N°5 S/B CASABLANCA -
URGENCES : 06.44.38.24.31 - BUREAU : 08.08.52.72.09
SANS R.D.V : 9H00-13H00 - SUR R.D.V : 13H00-19H00 -
CONSULTATIONS À DOMICILE - WWW.MASSAHA.COM WWW.DOCTEURZARROU.COM



ORDONNANCE

13 MAI 2020

NOM PRENOM NAIMA JAOUANI

S8A2M17J

POIDS 82

TAILLE 167 IMC = 29.5 SURPOIDS

NFS PQ FERRITINE

IONOGRAMME COMPLET

VS CRP

UREE CREAT + TRANSAMINASES GGT PAL + TSH T3 T4

VIT D

+ FACTEURS RHUMATOÏDE

+ AC ANTI NUCLÉAIRES AC ANTI PEPTIDES CITRULLINES CYCLISES

LABORATOIRE
D'analyses Médicales
AL MOUNA LAMBIO
Tél : 05 22 73 79 45

Dr. Ismail ZARROU
N° 5 Rue 12 Amal / Sidi Berrouss / Casa
Gsm : 06.44.38.24.31 / 06.12.06.05.65
www.docteurzarrou.com

SIGNATURE

LABORATOIRE AL MOUNA D'ANALYSES MEDICALES LAMBIO

Dr Mouna Lahsoun - Médecin Biologiste

81, Bd. Souhaib Eroumi Amal 1, 1^{er} Etage - Bernoussi - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 73 79 45

ICE : 002003473000025 IF : 24915372 INPE : 0971640324

Facture

N° facture : 20-2036

Edité le : 30/05/2020

Patient : Mme JAOUANI Naima

Date prélèvement : 29/05/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	80,00
Ferritine	200	200,00
VITESSE DE SEDIMENTATION	30	30,00
Urée	30	30,00
Créatinine	30	30,00
Sodium	30	30,00
Potassium	30	30,00
Chlore	30	30,00
Calcium	30	30,00
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	40	40,00
SGPT (Alanine Aminotransférase)	40	40,00
Gamma G.T.	50	50,00
Phosphatases Alcalines	50	50,00
PROTEINE C REACTIVE (CRP)	100	100,00
TSH us	200	200,00
T3 Libre	200	200,00
T4 Libre	200	200,00
Vitamine D (25 Hydroxycholécalférol) - D2 + D3	300	300,00
Anticorps anti-nucléaires	250	250,00
Ac Anti-Peptides Citrullinés Cyclisés	250	250,00
Facteur Rhumatoïde	80	80,00

LABORATOIRE
D'Analyses Médicales
AL MOUNA LAMBIO
Tél : 05 22 73 79 45

LABORATOIRE AL MOUNA D'ANALYSES MEDICALES LAMBIO

Dr Mouna Lahsoun - Médecin Biologiste

81, Bd. Souhaib Eroumi Amal 1, 1^{er} Etage - Bernoussi - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 73 79 45

ICE : 002003473000025 IF : 24915372 INPE : 0971640324

Total B	2800	
APB	1.34	10,00
Majoration de garde		
Total		3752.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois mille sept cent cinquante-deux Dirhams *****

LABORATOIRE
D'analyses Médicales
AL MOUNA LAMBIO
Tél : 05 22 73 79 45