

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.

Diagnostique 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

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

62995

Déclaration de Maladie : N° P19-0001460

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3505 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RACHID MARJANY Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 31 63 48 88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassan CHAHIL
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay El Boudia - Casablanca
Proximité de la pharmacie "Hay El Boudia"
Tél. : 05 22 80 91 91

Date de consultation : 28 JAN 2021

Nom et prénom du malade : Rachid Marjany

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : dyslipémie + DM2 + hypertension

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



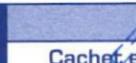
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 JAN 2021	CLC	n	S	

all

lé s	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Ac
	<p>Dr. Hassan CHAKRABORTY D.U. en Médecine 146, Rue Moulay Ismaïl, Hay Baboua, Casablanca (en dessous de la pharmacie - Au El Baladiah) Tel : 05 22 80 41 91</p>

[illegible]

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire de Radiologie de la Faculté de Médecine de la Sorbonne Université 15, rue de la Harpe, 75005 Paris Tél : 01 42 36 03 03 / 0522 23 34 85 Email : labo.socrate@med.sorbonne.fr	29/01/24	B: 60+PC15	105,40 0 H

	Coefficients	des Monomiales
29/01/21 B:	604 PC1,5	105,40 DH

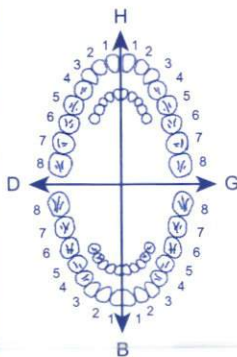
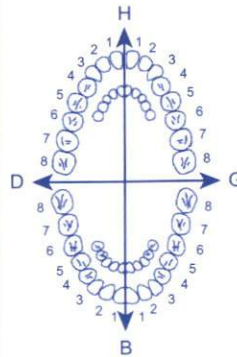
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

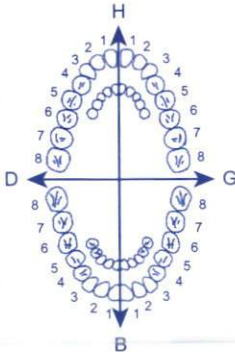
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

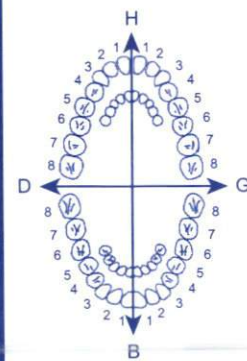
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <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 colspan="2">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															

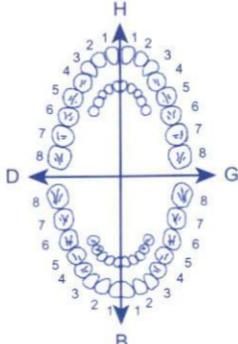
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	



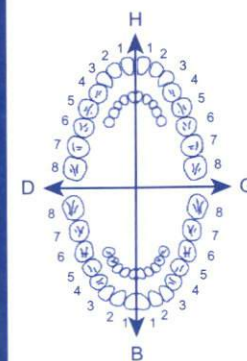
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœEFFICIENT MASTICATOIRE		CœEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div>		<input type="text"/>	
		B		<input type="text"/>	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		DATE DU DEVIS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

	H	
	25533412 00000000	21433552 00000000
D		G
	00000000 35533411	00000000 11433553
	B	

{Création, remont, adjonction}
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition
Diplôme universitaire en échographie clinique
Faculté de Médecine Montpellier France
ELECTROCARDIOGRAMME
Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري
دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
من كلية الطب مونبولي — فرنسا
التخطيط الكهربائي للقلب
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 18 JAN. 2021 في الدار البيضاء.

م = موزان راحوش

- uru
- uzim

LABO SOCRATE
مختبر التحاليل الطبية - سقراط
Laboratoire de Biologie Médicale - Socrate
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo.socrate@menara.ma

Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca
(au dessus de la pharmacie - Hay El Baladia)
Tél.: 05 22 80 91 91

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI
Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 210000509

CASABLANCA le 29-01-2021

Mme Rachida MARJANY

Demande N° 210129A018

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 29-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total des B : 60

TOTAL DOSSIER : 105.40DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinq dirhams quarante centimes

LABO SOCRATE
مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire de Diagnostic Médical Socrate
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 29 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma