

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

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° W21-644737

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8361 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELYOUSSEI SAMIR
 Date de naissance : 15/04/67
 Adresse : N° 15 Imh L RESIDENCE NADIA
 Tél. : 0661265203 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPEDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgois - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELYOUSSEI MARYAM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : 19
☒ 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-644737

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
28 JUIL 2021	— CS		300	INF : [] ANISS OUDJATE ORTHOPÉDIE TRAP 99000 - Casablanca 05 22 44 28 43
	— K20		200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie NOUR KARIM Soumida 10 B, Avenue Dr. Hocine El Mahrouf et Sidi Abderrahmane - Casablanca Tel: 0522 35 99 11</p>	28/07/2021	585,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. ANIS CHASSA ORTHODONTISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgoin - 69600 Tél. 05 22 49 26 25</p>	28 JUIN 2021	schapf	500

[illegible]

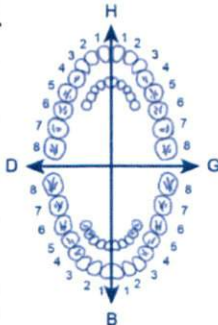
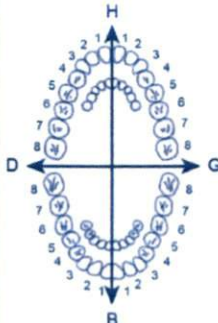
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'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 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 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 OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTÉ**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام والمفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

ORDONNANCE

28/7/2021

ELYOUSFI Maryam

143.60

- DOLICOX 60 MG, Comprimé pelliculé : x1 comprimé par jour ; après repas ; pendant 14 jours.

52.80

- PRAZOL 20 MG, Gélule : x1 gélule par jour ; avant repas ; pendant 14 jours.

94.00

- MYDOFLEX 150 MG, Comprimé : x2 comprimé par jour ; après repas ; pendant 14 jours.

136.50

- ALYSE 25 MG, Gélule : x3 gélules par jour ; pendant 14 jours.

78.00

- BIFLEX GEL : x2 massages par jour.

78.50

- Vitamine D3 NORMON, Gouttes : x 1 pipette par jour.

Pharmacie NOUR
KADIA EL MANSOUR
108 Avenue Bourgoigne - Casablanca
et Centre Méditerranéen - Casablanca
Tél : 05 22 05 99 11

092045368

PPV: 143DH60
PER: 10/22
LOT: J12440-2

PPV: 52DH80
PER: 11/22
LOT: J1031-2

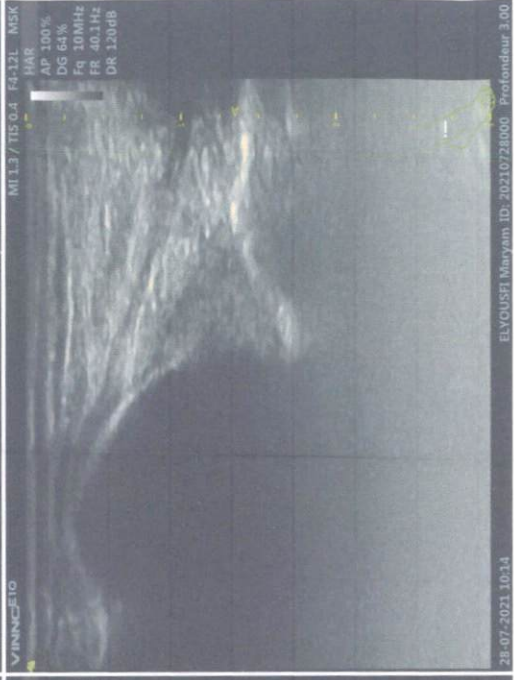
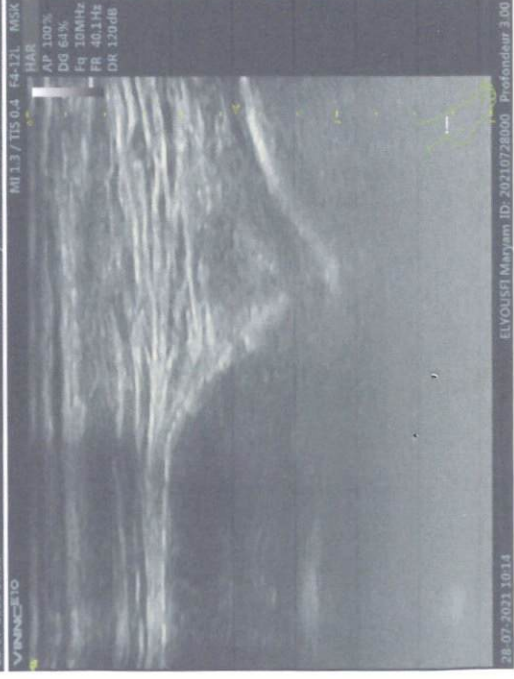
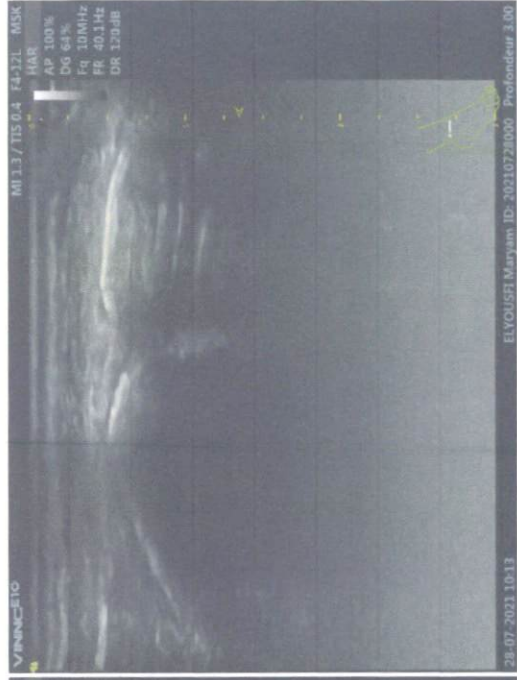
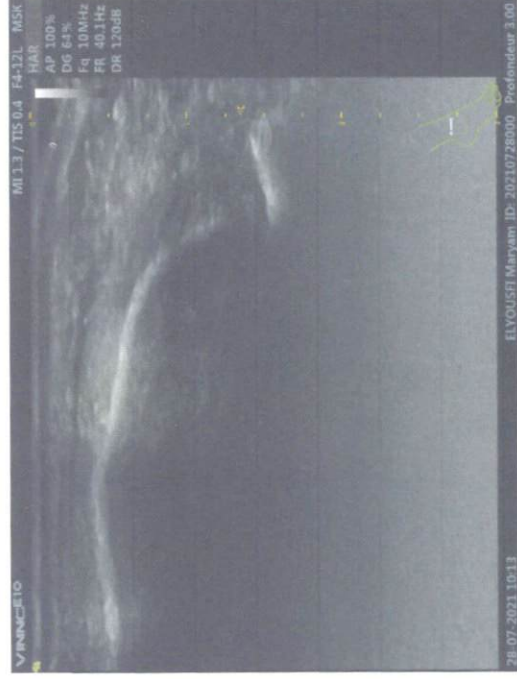
Lot.: 20 P 026
Exp.: 12.2023
PPV: 136DH50

N° LOT: 0905
EXP: 05/2024
PPC: 79 DH

Lot: 200885
A consommer
avant le: 01/2024
PPC: 79,50 DH

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgoigne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Cachet et signature du médecin

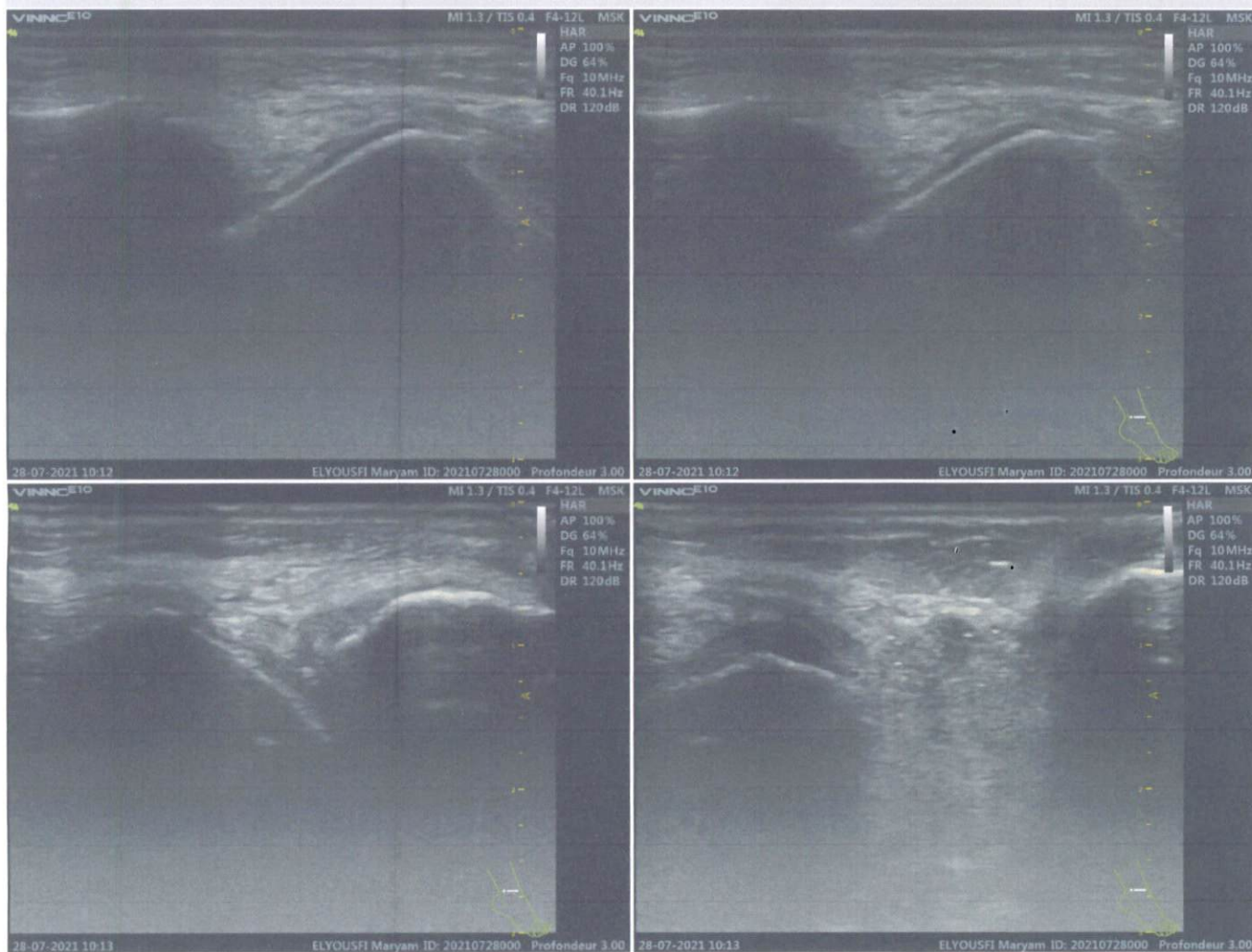


Info Patient

Nom: ELYOUSFI Maryam
Age:
Date d'examen: 7/28/2021
Ref. Medecin:

ID Patient: 20210728000
Genre:
Medecin Act.:
Opérateur:

Image



Dr OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام و المفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

28/7/2021

ELYOUSFI MARYAM

Échographie ostéo-articulaire : Cheville droite

COMPTE RENDU

- En coupe axiale et longitudinale,
- Présence d' élongation des ligaments latéraux externes
- Absence d'élongation des ligaments latéraux internes.
- Absence d'images anéchogènes associée .
- Absence d'œdème des parties molles.

CONCLUSION

Entorse de la cheville droite.

Cachet et signature du médecin

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgoigne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Dr OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام و المفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

Date

28/7/2021

FACTURE

Patient

ELYOUSFI Maryam

Échographie ostéo-articulaire : Cheville droite

REÇU DE : 500,00 DH (CINQ CENTS DIRHAMS).

INPE : 091116343

Cachet et signature du medecin

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgoigne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43