

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° W21-627126

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8969 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATHI LALAOUI MY AHMED

Date de naissance : 26.09.72

Adresse : Rte. medina, D. D, n° 14, Sidi Maâ-el

CASA

Tél. : 06.61.06.76.29 Total des frais engagés : 927,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Maria Zidani Fathallah
Pédiatre
Cité Essalam CH75, Im. 140
Apt. 3, Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 93 18 88

Date de consultation : 13/11/2021

Nom et prénom du malade : FATHI LALAOUI AHMED Age :

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

Nature de la maladie : Pharyngite - Mandibule

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 : CASA Le : 17/11/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-627126

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 : 8969

Nom de l'adhérent(e) : FATHI LALAOUI

Total des frais engagés : 927,60

Date de dépôt : 12/11/21

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
13/11/21	CS	280,85	INP : 0011035088	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-11-2021	727,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

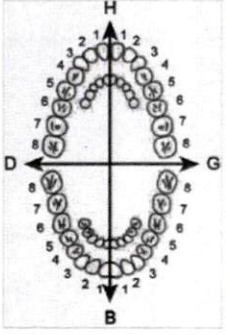
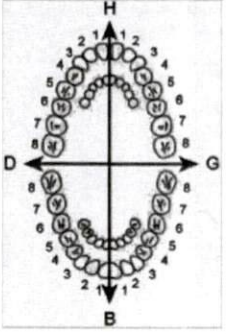
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. Maria Zidani Fathallah
PEDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant
du Nourrisson et du Nouveau-né
Diplômé de la Faculté de Médecine de Casa
Ancienne Pédiatre au CHU Ibn Rochd et à l'hôpital
Mohamed Sekkat Ain Chock



الدكتورة مريم زدني فتح الله

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال ابن رشد
و مستشفى السقاوط عين الشق

Casablanca, Le : 13.11.2021

الدار البيضاء، في :

PPV: 24DH50
PER: 07/23
LOT: K1924

PPV: 24DH50
PER: 07/23
LOT: K1924

Enfant EL FATHI LALAOUI GHALIA

Age : 5 ans

Poids : 22,00 Kg

1 -OROKEN 100 mg/5 ml pdre p susp buv enf : FI/200doses

$149,30 \times 3 = 357,90$
1 dose 22 ; x 2 / jour pendant 8 jours

60,00 2 -ENTEROGERMINA AMPOULES BUVABLES

1 AMPOULE le matin et le soir.

22,50 3 -BRUFEN SUSPENSION ENFT

1 cuillère le matin, à midi, à 16h et le soir.

4 -RISONEL 0,05 SUSP / INHALATION NASALE

$149,10 \times 2 = 238,20$
1 pulverisation le matin et le soir, pendant

5 -LOREUS SOLUTION

$24,50 \times 2 = 49,00$
1 cuillère le matin et le soir pendant

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Orcken 100mg/5ml
gr f 40 ml
P.P.V : 119,30 DH

118001 080352

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Orcken 100mg/5ml
gr f 40 ml
P.P.V : 119,30 DH

118001 080352

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML
P.P.V. : 119DH30

118001 080052

السلام GH75. إقامة 140. الشقة رقم 3. الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 18 88 / المحمول : 06 68 40 67 64

Cité Essalam GH75, Immeuble 140, Appartement N°3, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 18 88 / Gsm : 06 68 40 67 64

E-mail : maria@zidani.net

22,55



N° du Lot 21 A 14
Date Per. 01 2024
P.P.V: 119,10 DH

N° du Lot 21 A 14
Date Per. 01 2024
P.P.V: 119,10 DH