

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-572973

97291

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0399 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ADNANE Mohamed
 Date de naissance : 07.11.1942
 Adresse : LOT ROFRA N°4 Bd MEKKA. A/C
 Casablanca
 Tél : 0661 093009 Total des frais engagés : 205,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2021
 Nom et prénom du malade : ADNANE Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : OMI + 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 : Casablanca

Le : 15 / 09 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
06/09/2022	G		\$ 150,00	

Cachet du Pharmacie ou du Fabricant		Date	Montant de la facture
		$\begin{array}{r} 06 \\ 09 \\ \hline 2021 \end{array}$	55,50

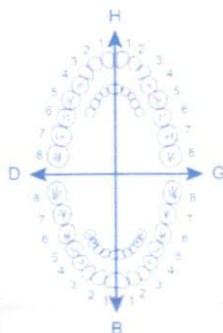
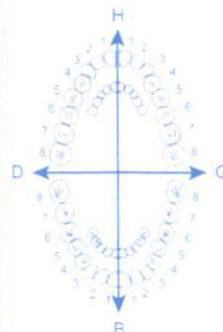
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 :																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433553			30000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433553																										
	30000000	00000000																										
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz ANBARI

Médecine Générale

DU en diabétologie (Montpellier)

DU en diététique et nutrition (Montpellier)

DU d'expertise Médicale et de
Réparation du Dommage Corporel

Assermenté auprès des tribunaux

N° 550 Bd Modibo- Keita

C.P 20550 - Casablanca



الدكتور محمد العزيز عنبري

الطب العام

دبلوم في مرض السكري (مونتبولي)

دبلوم في الحمية و التغذية (مونتبولي)

دبلوم في الخبرة الطبية

طبيب محلف لدى المحاكم

550 - شارع موديبوكيتا

20550 - الدار البيضاء

ADNANE
Mohamed

PHARMACIE LAIMOUN SARI AU
466, Lot. Allaymoune Lissasfa
Casablanca - Tel.: 05 22 90 94 94
RC: 391781 - TP: 36203297 - IF: 2487486
Tél: 05 22 28 39 35 : الهاتف
GSM : 06 61 41 52 00 : المحمول
E-mail : a.anbari@menara.ma

06 SEP. 2021

Casablanca, le :

34,60

1/2 Lasilix 440mg

1/2 glibenclamide

20,90 2/ Vitamine D BON (1)

1 seule A

55,50

LOT : 21E003
PER: 03 2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

ZENITH Pharma
AMMI N° 171'16 DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

