

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° W19-580497

106093

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8969 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL FATHI LACAOUI MY AHMED
 Date de naissance : 26.05.1972
 Adresse : Bd. Médine, D. D, n° 14, Sidi Maârif
 Tél : 0661.06.71.29 Total des frais engagés : 680,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed El Fathi
Cité Essalam CH75, Imm. 110
Apt. 3, Onifac - Casablanca
Tél : 05 22 93 18 88

Date de consultation : 14/02/2022
 Nom et prénom du malade : EL FATHI LACAOUI CHAÏT Age : 20/10/2006
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Pharyngite
 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 : 14/02/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOI ET ADHERENT

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
10-01-2022	C2		210,00	INP : 001031088 Dr. Maria Zidani Fathallah Dentiste N° 140 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Pharmacie Victoria SAMALI 100, rue Mohammed VI, Casablanca Tél: 05 22 32 07 01	10-01-2022

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
		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 : Veuillez 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				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	

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 Roché et à l'hôpital
Mohamed Sekkat Ain Chock



الدكتورة مريم زبني فتح الله

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

Casablanca, Le : **10.01.2022** : الدار البيضاء في

Enfant EL FATHI LALAOUI GHALIA

Age : 5 ans 2 mois

Poids : 21,80 Kg

1 -AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv

1 dose 22 x 3 / j pd 8 jours

2 -APIXOL

1 cac le matin, à midi et le soir.

3 -ALGANTIL 2%, SUSPENSION BUVABLE

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

4 -BIOFAR MULTIVITAMINES KIDS

1 cp par jour.

PPV: 70,60 DH
LOT: 648094
PER: 09/2023

PPV: 70,60 DH
LOT: 645554
PER: 07/2022

Lot: 210919
À consommer
avant le: 12/2024
PPC: 79,50 DH

Bat BIOFAR Multivitamines Kids CP bte 20 /6 022
PPC: 95.00 DH
Ut Av: 07/2022 Lot: 9170/6
IPHADERM

PPV: 70.60 DH
LOT: 648049
PER: 08/2023

GH75, إقامة 140, الشقة رقم 3, الألفة - الدار البيضاء

Cité Essalam GH75, Immeuble 140, Appartement N°3, Oulfa 6 Casablanca

Tél: 05 22 93 18 88 / Gsm: 06 68 40 67 64 / E-mail: maria@zidani.net

PPV 22DH00

EXP 05/2024
LOT 14005 2

PPV 22DH00

EXP 05/2024
LOT 14005 2