

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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° P19-0025716

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09438 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LATIFINE MUSTAPHA

Date de naissance : 01-01-1961

Adresse : JAMILA 4 Rue 84 N°30 Casablanca

Casablanca Maroc

Tél. : 066 4915358 Total des frais engagés : 5862,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Majida ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse Hépatologie
Médecin Tropicale
Maladie Sexuellement Transmissibles
48, Bd. Mly, 1ère Et. - CAS
Tél. : 05.22.66.14.08 / 05

Date de consultation : 21/03/2022

Nom et prénom du malade : Mr. FALAH - ATIKA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Embolie veineuse Dureurs abdominales

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 : 21-03-2022

Le : 21/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيدلية النجاة PHARMACIE EN NAJAH Bd Boukhla Jamila 4 Cité Djemad sabrancia Tel 05 22 37 14 67</p>	21/03/22	362,80

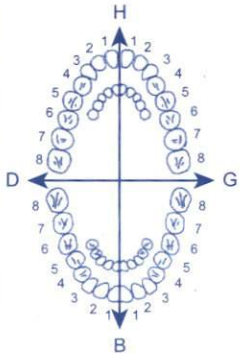
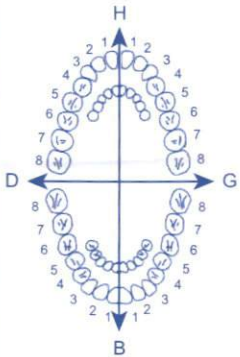
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

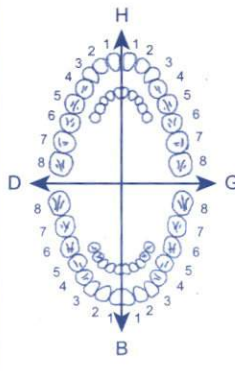
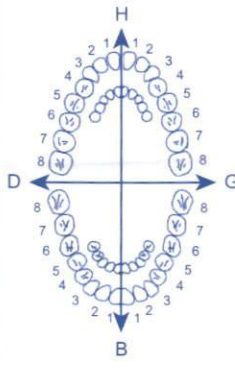
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>												
				Date du Devis <input type="text"/>												
			Date de l'exécution <input type="text"/>													

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 canaux, ainsi que le bilan

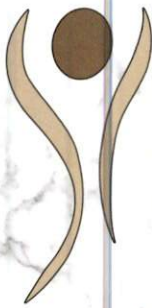
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				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 L'EXECUTION

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES
GERIATRIE
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE
PATHOLOGIES INFECTIEUSES
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBIESITE
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني
في كلية الطب بمستشفى باريس
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية
أمراض الشيخوخة
أمراض الكبد - المنظار الباطني
الأمراض المعدية
دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس
طب التغذية وعلاج السممة - الطب الرياضي

21/03/2022

Casablanca, le في الدار البيضاء,

Mme FALAH Atika

VIT D3 BON 200 000

1 ampoule à boire par mois , pendant 3 mois

ALGIC

1 comprimé 2 fois par jour si douleur , pendant 1 mois

MOBIC 15

1 comprimé par jour au milieu du repas si douleur , pendant 1 mois

RELAXOL

1/2 à 1 comprimé soir si douleur , pendant 1 mois

OEDES 20

1 gélule soir si prise d'AINS, pendant 1 mois

EPICA 50

1 gélule si besoin , pendant 1 mois

Pr. Majida ZAHRAOUI
Médecine Interne - Hépatologie
Pathologie Infectieuse - Maladies Tropicales
86, Boulevard Moulay Idriss 1^{er} - Casablanca
Tél : 0522 86 14 08 / 09

Pr. Majida ZAHRAOUI

Médecine Interne
Pathologie Infectieuse - Hépatologie
Médecine Tropicale
Maladie Sexuellement Transmissible
86, Boulevard Moulay Idriss 1^{er} - Casablanca
Tél : 0522 86 14 08 / 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, Casablanca

N° Vert : 07 62 988 987 - Tél.: 0522 86 14 08/09/11

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجواهر 86، شارع مولاي إدريس الأول، الدار البيضاء

الرقم الأخضر: 07 62 988 987 - الهاتف: 0522 86 14 08/09/11

الفاكس: 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني: zahraouimajida@gmail.com

LOT: 21E013
PER: 09 2024
RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V.: 53DH10
6 118000 060833

ALGIR® 500 mg+50 mg
16 comprimés
6 118000 070016

LOT 212082
EXP 03/24
PPV 13DH20

Epyca® 50 mg
16 comprimés
PROMOPHARM S.A.
6 118001 260683

Lot N°: 2784
EXP: 04/23
PPV: 60DH10

OEDES 20mg
28 gélules
6 118001 100088

LOT 210585
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

ZENITH Pharma
AMM N° 17146 DM/P21/NNPR
6 118001 272228
PPV: 20.90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 17146 DM/P21/NNPR
6 118001 272228
PPV: 20.90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 17146 DM/P21/NNPR
6 118001 272228
PPV: 20.90 DH

Mobic® 15 mg
14 comprimés, sécables
Metocam
6 118000 040569

PPV: 61DH50
PER: 09/24
LOT: K2604