

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 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° W21-678879

119597

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7082 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FARIS TAOUFIK

Date de naissance : 07-02-1958

Adresse : Les Chabab Zone D Imb 13 N°3 Ain Sehar Casablanca

Tél : 068385526 Total des frais engagés : 1295,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2022

Nom et prénom du malade : Faris Taoufik Age : 64

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

Nature de la maladie : Douleur à l'usage

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 : 16/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

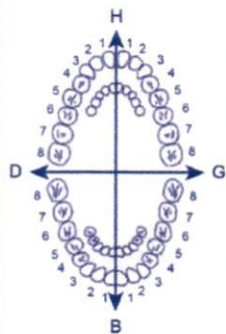
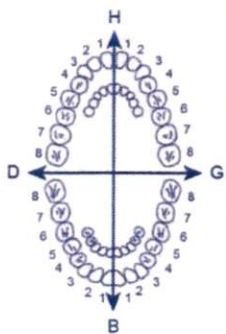
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
13/06/22	Généraliste	1	3000h	Dr. NEUROLOGUE Amel 3 Rue 18 N°4 - Ben Mouna Tél. 0522 73 70 71 - INPE: 091246627

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATHINA 7 Lot Chabab Ben Sebaa CASABLANCA C2 INPE: 092057115	13/06/22	995 f.o

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	

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 : <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Hind MOUALLIF

NEUROLOGUE

(Adulte et Enfant)

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Casablanca

Ancien médecin au CHU-IBN ROCHD
de Casablanca

Diplôme universitaire en :

- ELECTROENCÉPHALOGRAPHIE (EEG)
- ELECTRONEUROMYOGRAPHIE (ENMG)



دورة هند مؤلف

فيه في أمراض الجهاز العصبي والعضلات

(الكبار والأطفال)

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في تخصص :

- التخطيط الكهربائي للدماغ

- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 13/06/2022 : في الدار البيضاء،

M^r FARIS TAOUFIK.

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989

240,00 x 4

① Seroplex 10mg.

1/2 cp/j (1 semaine)

35.70 puis 2 cp/j (28j)

② Alpag 0,5mg.

1/2 cp le soir (1 mois)

35.70

PHARMACIE ATHINA
DATE: 13/06/22
N: 122816

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989

PHARMACIE ATHINA
N 7 Lot Chabab Groupe C2
Ain Sebaa CASABLANCA
INPE : 092067115
TEL : 05 22 73 74 73

أمال 3، زنقة 18، رقم 4 - البرنوصي - الدار البيضاء
Amal 3, Rue 18, N° 4 - El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 0522 73 70 71 E-mail : hind.mouallif@gmail.com

LOT 213478 1
EXP 12 2024
PPV 35.70

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989