

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

- 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° W21-678873

119603

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7082

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARI

Date de naissance :

TAOUFIK 07-02-1958

Adresse :

Res chabab zone D im 13/15/3 Ain Sebba Casablanca

Tél. : 06 68385526

Total des frais engagés : 485

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecine Générale
Imm 8 N° 2 Zone D
Résidence Chabab Ain Sebba
05 22 20 45 45 Casablanca

Date de consultation :

15/03/2022

Nom et prénom du malade :

At Lhannine Atika

Age :

47

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

echy du my
généralisé avec ATCD
crise 19

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) :

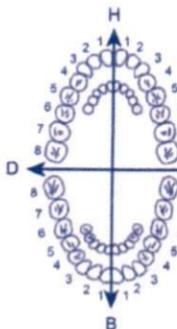
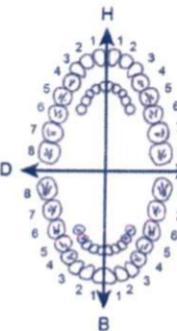
[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Mohamed Bakkouch 98, Bd Mohamed V, 1er Etage, Casablanca Tél : 05 22 74 10 65	1961-03-22	B300+Pc	355,00 Dh

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 									
					<div style="margin-top: 20px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="margin-top: 20px;">MONTANTS DES SOINS </div> <div style="margin-top: 20px;">DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="margin-top: 20px;">FIN D'EXECUTION </div>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
				DATE DU DEVIS	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>								
				DATE DE L'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

r. ZBIRI FATIMA

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة ازييري فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

15.03.2024
Atika Ait Lhannay

dossier de Diagnostics

Dr ZBIRI Fatima
Médecine Générale
Imm 8, N° 2, Zone D
Résidence Chabab Ain Sebaa
Casablanca
Tél / Fax : 05 22 74 69 36

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES AMALAB
98, Bd. Mohamed Baamrani
1er Etage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Casablanca
Tél / Fax : 05 22 74 69 36



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر أمل لاب للتحليلات الطبية

Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Biochimie Clinique - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr. Amal KAMIRI

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Madame AIT LHOSSAINE ATIKA

Docteur FATIMA ZBIRI

Réf. : 22C415

Dossier ouvert le : 16/03/22 , Edité le : 16/03/22

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASE

D-Dimères ----- :	0,44	µg/ml	< 0,5
Thermo scientifique (Turbidimétrie ELISA) Soit :	440	ng/ml	< 500

AMALAB
LABORATOIRE

Docteur AMAL KAMIRI
Ph Biologiste
Amal 4 Bd. Med Baâmrani n° 98
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 05 22 74 10 15

Dr. Amal KAMIRI

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Casablanca 16 mars 2022

Madame AIT LHOSSAINE ATIKA

M

FACTURE N°	24792
------------	-------

Analyses :			
D-Dimères turbidi -----	B	300	Total : B 300
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			355,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Cinq Dirhams

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES AMAL**
98/ Bd. Mohamed Baâmrani
1er étage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Casablanca
Tél : 05 22 74 10 15