

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° W21-710318

119789

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HALMONY ABDELMASSIN

Date de naissance :

09/01/1930

Adresse :

HAY ICHRAF II Sidi Maarouf

Tél. :

0664293144

Total des frais engagés :

1465,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44 rue des hôpitaux (face aux urgences
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 42

Date de consultation :

21/06/2022

Nom et prénom du malade :

HALMONY

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Les enfants

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 :

21/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

HALMONY

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

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
09/05/2022	2		3000	INP : 05 22 22 42

Docteur Abdelhakim
Professeur de Neurologie
44 rue des Capiteux - Casablanca
Boite Postale 1000
Tél : 05 22 22 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Idriss Benachour	09/05/2022	1765,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

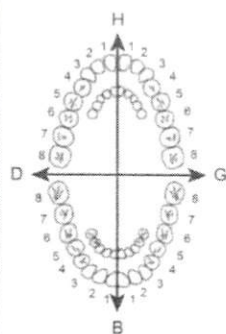
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

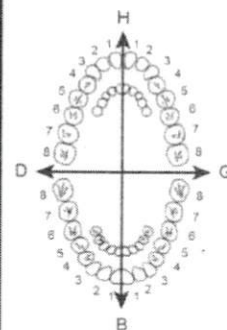
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

Docteur Abdelillah SAMI

Professeur de Neurochirurgie
à la Faculté de Médecine de Casablanca
Spécialiste des Maladies du Cerveau
et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine
de la Bretagne Occidentale - France



الدكتور عبد الإله السامي

أستاذ في جراحة الدماغ
والأعصاب و العمود الفقري

حاصل على شهادة جراحة الدماغ
والأعصاب ببريطانيا الغربية بفرنسا

09.05.2022

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr HALMONY Abdelmajid

1 SÉROQUEL 100 MG

1 comprimé le soir, pendant 2 mois.

2 NOZINAN 4%

3 gouttes le soir, 10 au coucher, pendant 2 mois.

3 IMOVANE 7,5 MG

1 comprimé au coucher, pendant 1 mois.

En cas de besoin

4 ALYSE 75 MG

1 comprimé le soir, pendant 2 mois.

Puis 1 cp matin et soir pendant 3 mois

5 CÉDOL

1 comprimé le matin, à midi et le soir. En cas de douleur

Professeur Abdelillah SAMI



Docteur Abdelillah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44, rue des hôpitaux (face aux urgences)
Ibn Rochd Morizgo - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 42

22,00

Cédol
20 Comprimés



6 118000 180913

Cédol
20 Comprimés



6 118000 180913

Cédol
20 Comprimés



6 118000 180913

22,00

Lot.: 216824
Exp.: 08.2024
PPV: 255DH00



6 118001 040858

Lot.: 216824
Exp.: 08.2024
PPV: 255DH00



6 118001 040858

22,00



5 000455 006843

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
NOZINAN 4 % sol buv
fl 30 ml
P.P.V : 38,50 DH



6 118001 080557

41,50

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
sécables



6 118000 012368

Lot.: 216824
Exp.: 08.2024
PPV: 255DH00



6 118001 040858

☐ **valable 3 mois**

Le 09/05/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : HALMONY ABDELMAJID

Présente des troubles de Conscience et insomnie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

plus d'une année

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Docteur Abdelhakim
Professeur de Neurochirurgie
44, rue des Héraults (face aux urgences)
Bordj Mouton - Casablanca
106.05.22.22.42