

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

- 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

M22-0007309

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAY 121996
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R
Nom & Prénom : Sifeddine Abdallah
Date de naissance : 04.08.1955
Adresse : 16 Passage L. Tissi II. Bencechid
Tél. : 06.46.20.75.33 Total des frais engagés : 1937,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/07/2022
Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, Diabète, Anxiété
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Bencechid Le : 06/07/2022
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
04/17/22		1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/07/22	1787,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

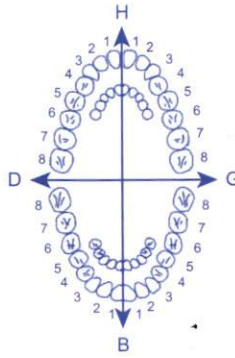
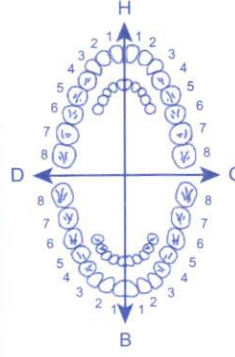
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

Omni praticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université
de Rennes en France

ICE : 002027784000027

H = 7185

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 04-07-2022 برشيد في

1) Sifedene 160/80

18/8

2) Glucovance 500/15

18/8

3) Lantus 25

17/03/2022

4) Lantus 25

18/8

5) Lantus 25

18/8

06 76 45 48 49 - المحمول : 05 22 32 44 55 - الهاتف : 05 22 32 44 55 - البريد الإلكتروني : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

8) Tanstary 18 x 2/8
 71,30 40,70
 42) lous 18 x 2/8
 37,00
 8) Dulastay 18 x 2/8
 89,60
 9) Calcimat 18 x 2/8
 1787,20

PHARMACIE ALI ALI - BACHCH
 Dr FOUZIA RAMI
 Lot ALI ALI ALI ALI ALI
 TEL: 06 32 63 32 82

DOCTEUR MOUNA TAMIM
 OMIPRATICIEN
 41 RUE TANKIENOU ZIAD ETG+
 BACHCH TEL: 0522 32 44 55
 06 75 45 48 49

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 42.00 DH
 Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 42.00 DH
sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1
 Ain Sebâa 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
 P.P.V. : 744DH00
 6 118001 081615

185,2
 185,10
 185,29

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
 (Chlorhydrate d'amitriptyline)
 60 comprimés pelliculés
 BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
 (Chlorhydrate d'amitriptyline)
 60 comprimés pelliculés
 BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

UT. AV: 03 2025 P.P.V. T. AV: 03 2025 P.P.V.
 LOT N°: FY 9324 23 10 OT N°: FY 9324 23 10

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 42.00 DH

40,70
 37,00

71,30
 FCE19/0225
 LOT PER
 Prix 89.00