

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-691222

123554

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2016 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUAZZANI CHAHDI M.
 Date de naissance : 1950
 Adresse : Dar Muzala Rue JINZA 163 H. HANANI CASA
 Tél. : 0664973858 Total des frais engagés : 406,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Katane Fedoua M.
Médecin Généraliste
Tél: 0537619292
Lot. Riad Hassan 1, Bouznika

Date de consultation : Imm. 1 GH 1 App. 8 - Bouznika
 Nom et prénom du malade : Ouazzani Chahdi Mohammed
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Furoncles + furoncles
 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 : Le : 25/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019

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
21/06/2022		C 1000h		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] INPE: 061184479
24/06/2022		C 4		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE BEN BOUZA Boulevard ZINEB INPE: 061184479 Tél: 07 11 74 36	21/06/2022	282 100 Dh
	24/06/2022	24 500 Dh

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 :

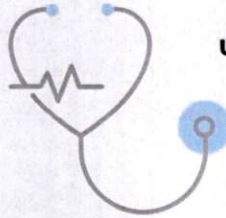
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr KATANE Fedoua Manal
médecin généraliste



دكتورة كاتن فدوى منال
طبيبة عامة

Ordonnance

Date : 21/06/2022

M. Zannichali di Mohammed

PHARMACIE ARRABRAH SARLAU
BEN ARADA ZINEB
N°PE: 062111273
Lot: Al Veroud Bouznika
Tel: 07 07 11 74 36

PHARMACIE ARRABRAH SARLAU
BEN ARADA ZINEB
N°PE: 062111273
Lot: Al Veroud Bouznika
Tel: 07 07 11 74 36

- 1) Astaph 500mg
46,90 gel x 3 j/c
- 2) Acticarbine
25,00 1g x 3 j/c
- 3) Beta line
31,60 1g x 2 j/c
- 4) Relaxol 500mg
14,40 1g x 2 j/c
- 5) Ralaxol gel
14,40 1g x 2 j/c
- 6) Defon
14,40 1g x 2 j/c

90,80

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA

6118001070015

31,60

LOT: 225004
PER: 01 2024

PROFENID 2,5%
GEL T60G

P.P.V : 34DH40

6 118000 060550

LOT: 225008
PER: 01 2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

05.37.64.92.92

fedouakata

28/10 Lot. RIAD ESSALAM 1 IM 1 GH 1 AP
Tel.: 07 07 11 74 36

ORDONNANCE

PHARMACIE ARRAHIK S.A.
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36

24/06/2022

M. Ouazzani Chahdi Mohammed

10,70
1) Penicillin 1,2 Mlt

13,80
2) Argent Colloidal
Lapex 25g

24,50

PHARMACIE ARRAHIK S.A.
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika
Tél.: 07 07 11 74 36

Dr. Katane Fadoua Manal
Médecin Généraliste
Tél: 0537 45 92 82
Lot. Ried Essalam 1,
Apt. 6 - Bouznika
Imm. 1 GH 1

10,70

LOT 21004
PER 05/26
PPV 16DH80