

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

M22- N° 004618

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06415

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GOURTY LHASANE

Date de naissance : 01/01/1964

Adresse : N° 5, Rue Khalil Matiam Casa

Tél. : 067668495

Total des frais engagés : 71100 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/7/2022

Nom et prénom du malade : OUARACH Hasna EFGOURTY

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection rhumatologique

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 : Casa

Le : 25/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/07/22	453.50

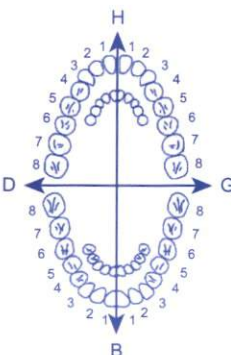
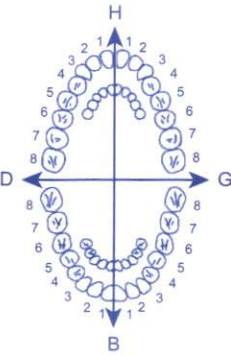
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

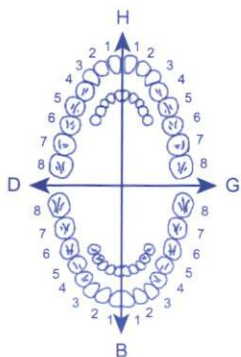
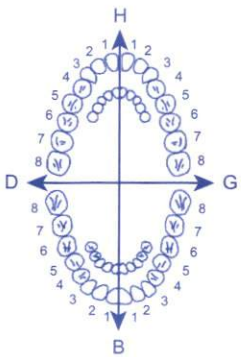
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		
						MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
							DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
						DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

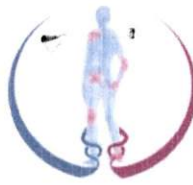
Dr. SEKNAJI NAWAL

Rhumatologue

**Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale.**

Médecine manuelle-ostéopathie.

Echographie ostéoarticulaire.



code INPE: 091170415

د. سكتاجي نوال

إختصاصيه في الروماتيزم.

أمراض العظام, المفاصل,

والعمود الفقري.

الطب اليدوي- العكري

فحص المفاصل والجهاز الحركي بالصدى.

19/07/2022

OUARACH HASNA EP GOURTY

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir boud al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr OR
Boite 14
641/150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

• **Inexium 40 mg**

1 Comprimé, à jeun les jours de prise de celebrex

• **d cure 25000**

1 ampoule par 15 jours pendant 3 mois

• **Celebrex 200 mg**

1 gélule 2 FOIS PAR JOUR après le repas pendant 4 jours
puis 1 gélule par jour après le repas pendant 6 jours

• **ARCUREX Gélule**

1 gélule 2 fois par jour après le repas PENDANT 15 jours

• **Doltram**

1 Comprimé, matin, et soir, après le repas EN
DOULEURS

ntation
LOT 22.011/FC1
01/25 PPC 149,90

PPV 30,00
PER 20,00
LOT 1,47

35,rue Zineb Ishak, Bd Ibn Tachfine

Lavillette -Casablanca

Tél: 05 22 62 62 86

e-mail: seknajinawal@gmail.com

35 زنة زينب إسحاق وشارع ابن تاشفين

لافيليت-الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 62 62 86

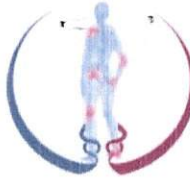
Dr. SEKNAJI NAWAL

Rhumatologue

**Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale.**

Médecine manuelle-ostéopathie.

Echographie ostéoarticulaire.



د. سكتاجي نوال

إختصاصيه في الروماتيزم.

أمراض العظام, المفاصل,

والعمود الفقري.

الطب اليدوي- الحركي

فحص المفاصل والجهاز الحركي بالصدى.

code INPE: 091170415

19/07/2022

OUARACH HASNA EP GOURTY

ECHOGRAPHIE DES 2 COUDES

Tendons épicondyliens droits d'aspect épaissis , hypo échogènes,
faisant 6,5 mm à droite vs 4,2 mm à gauche

Dr. SEKNAJI NAWAL
35, rue Zineb Ishak, Bd Ibn Tachfine
Casablanca
Tél: 05 22 62 62 86
Code INPE: 091170415

35, rue Zineb Ishak, Bd Ibn Tachfine

Lavillette - Casablanca

Tél: 05 22 62 62 86

e-mail: seknajinawal@gmail.com

35 زنتقة زينب إسحاق, شارع ابن تاشفين

لافيليت-الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 62 62 86

