

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

N° M21- 072990

128252

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5562 Société : RANIX

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OMRANA LARA

Date de naissance : 26/12/62

Adresse : 38, Bd. Mohammed VI, Casablanca

Tél. : 0661-138661 Total des frais engagés : 1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatima CHEMLALI
Médecine Générale
Echographie
1er Etage : Casa Anita
Bd. Bourgoine
Tél. : 022 22 35 45

Date de consultation : 27/09/2022

Nom et prénom du malade : OMRANA SARA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Rhume + Grippe + Bronchite

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/08/22	C		200 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/08/22	99,00

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 :

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 <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 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيحة شملالي

**الطب العام
الفحص بالصدى**

Casablanca, le :

27/08/2022

الدار البيضاء

DRAMA Sara -

99,00



Relaxium

375

Y

Quin

blt 100

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARLAU
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

Docteur Fatiha CHEMLALI
Médecine Générale
Echographie
119, Bd. Bourgogne 1er étage - Casablanca
Tél. : 0522.22.85.46

119, شارع بوركوك - أقامة فينيسيا - الطابق الأول (امام مستوصف احد) الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage (en face de centre de santé OUHOUD) Casablanca - Tél : 0522.22.85.46

10
LOT: 220789
DLUG: 05/2025
99,07DH



N°: MCI/CAAA04/2019
NM ISO 15 189

مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحصائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Prière de vérifier vos données :

- Nom et prénom
- Date de naissance
- Numéro de téléphone

- Nous vous rappelons que le changement de date sur les mutuelles et assurances est interdit par la loi

• Horaires d'ouvertures:

Lundi au vendredi : 07h30 - 18h45
Samedi : 07h30 - 13h00

Bd Oum Rabiaâ-Eloulfa-(en face siège RAM)
imm "C"-Casablanca

Tel : 0522931060 Fax : 0522931061

Whatsapp : 0676845202



Vous pouvez récupérer vos résultats à distance
(Valable pour les dossiers totalement soldés) soit par:

- QR code via votre téléphone
- Mail crypté (suite à votre demande) par la saisie de :
l'année de naissance + 2 derniers chiffres du GSM

Dossier: **290822-058**



Patient : **Mlle OMRANA Sara**

Date naissance: 23/12/2000

Tel : / 0645981056

Médecin Dr. CHEMLALI FATIHA

Prélèvement du: 29/08/2022 10:52

Promis le : 30/08/2022 17:30

Total 0,00

Mt déjà réglé:

Reste à payer: 0,00

Analyses : NFS/VS/FERRI/GLY/TSHUS/

PORTE D'ANFA SARL AU
PHARMACIE PORTE D'ANFA
197 BD Bourgone
CASABLANC
ICE002312695000015
Patente: 35653328

Facture N°: 642 017

Ref N°: 06/09/22/ 5

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
RELAXIUM 375 /30 CP	CO	1	99,00	99,00
Total à Payer:				99,00

La présente facture est arrêtée à la somme de:

QUATRE VINGT DIX-NEUF DIRHAMS###

Le : 06-septembre-2022

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourgone - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734499 - ICE : 002312695000015