

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-582313

N° 0031

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **00683**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AOUAD M'HAMED

Date de naissance :

11-12-1943

Adresse :

256 Bd DE BORDEAUX ETG 5

APP. 40 CASABLANCA

Tél. : **26 63 18 80 14**

Total des frais engagés : **10004,10 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : **03/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
5/11/22		C2	500 DH	INP : 0910183882 DR. AYAD ALI BEN YOUSSEF Centre hospitalier universitaire de Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Salma Chahlaoui 139, Boulevard Abd el Kader Téhéran	11/11/2022	1704110

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتورة الرواجي زينب

متخصصة في مرض السكري

والغدد

السمنة - الكوليستروول

Dr. ZinebERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques

Obésité - Cholestérol

PHARMACIE MYSSEY
Salma AERIFI MYSSEY
Porte 122 boulevard MYSSEY
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25



INPE: 092043355

3/11/22

225,10

25,10

- Iphodia 1000s

1193,00 - 2

1193,00 vidya

243,00x21 2211

- Tresiba.

1200 11

- Dure (184)

1aap / 15

- Nmc meg (184)

- Nurafrice (184)



Ictoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV: 1193,00 DHS



6 118001 121403



Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV: 243,00 DHS



6 118001 121670

8-9695-73-280-3

8-9560-73-270-1

8-9560-73-270-1

زنقة بوكراع إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء
737, Angle Youssef Rue Boukraa, Résidence Mira

T = 1704,10

Tél. : 05 22 26 52 11

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV: 243,00 DHS



6 118001 121670



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 31/11/22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

DR. FERRAJI Zineb Endocrinologue Diabétologue T21 Avenue Hassan II, Moulay Youssef et Rue Boukrat Résidence ANFA CASA 1er étage N°3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11	
A remplir par le praticien	
Je soussigné:
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: Aovad M'Romed	
Présente	un diabète type 2
Nécessitant un traitement d'une durée de:	3 mois
Dont ci-joint l'ordonnance.	Un bilan
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

DR. FERRAJI Zineb
Endocrinologue Diabétologue
T21 Avenue Hassan II, Moulay Youssef et Rue Boukrat
Résidence ANFA CASA 1er étage N°3 - Casablanca
Tél : 05 22 26 52 11

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ rovalairmaroc.com