

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

141360

Déclaration de Maladie : N° P19- 0021866

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NASSR Salah Date de naissance : 01.01.1952
Adresse : RD 33 N° 36 ALIA 1 - OULFA - CASA
Tél : 0662807355 Total des frais engagés : 657,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR EL MARI M.
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
20, rue 11 Janvier - CASABLANCA

Date de consultation : 07/12/2022
Nom et prénom du malade : NASSR Salah Age : 70
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique
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 : 20/12/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
07/12/22	C2		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/22	207,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/12/22	2	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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										
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[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

Docteur El MAHI Mohamed

Ex. Médecin Chef Des Services de
Pneumophtisiologie de Casablanca (BMSO)

Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladies Allergiques (ASTHME)

Diplôme National Français De Pneumophtisiologie

Diplôme D'allergologie Et D'immunologie Clinique

Français de Maladies du Sommeil

Tests d'Allergie - Radiologie - Fibroscopie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

د. محمدي

جهاز التنفسي بالدار البيضاء

جهاز التنفسي، والس
(الضيق)

الجهاز التنفسي
اض الحساسيات

الاستكشاف الوظيفي للجهاز التنفسي
الكشف بالأشعة

Casablanca, Le 07-12-2022 R. S. S x 8

M^{re} Nassr Salah.

40,00

1/ Cotrimoxazole 20mg/10mg
3cp effervescents de 1/2 verre d'eau x 5 jours

2/ Fleubron sirop
1 Cuillère x 3

3/ Romac 300 (1567cp)
1cp après déjeuner x 7 j

4/ Primolan 10 (15615ps)
1cp le soir x 15 j

207,70

Docteur EL MAHI Mohamed
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
Bd 11 Janvier - CASABLANCA

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

Docteur El MAHI Mohamed

Ex. Médecin Chef Des Services de
Pneumophthysiologie de Casablanca (BMSO)

Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladies Allergiques (ASTHME)

Diplôme National Français De Pneumophthysiologie

Diplôme D'allergologie Et D'immunologie Clinique

Français de Maladies du Sommeil
Tests d'Allergie - Radiologie - Fibroscopie
Exploration Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور الماحي محمد

سابقا رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسي بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض الرئة، الجهاز التنفسي، والسل
أمراض الحساسية (الضيق)

دبلوم الدراسات الخاصة في الجهاز التنفسي
دبلوم الدراسات الخاصة في أمراض الحساسيات

اختيار الحساسية، الكشف بالأشعة
الاستكشاف الوظيفي للجهاز التنفسي

Casablanca, Le 07 - 12 - 2024 في الدار البيضاء

M^R Nassr Sabah

Reçu de cliché Thoracique $Z = 200/80 \text{ MM}$
Compte rendu radiologique
Accentuation de la trame bronchique

DOCTEUR EL MAHI
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
10, Bd 11 Janvier - CASABLANCA
Tél : 06 61 21 57 18