

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.

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° W21-781644

OR phone

END
SN

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSATTE HOUSSAM

Date de naissance : 27-04-87

Adresse : RUA ANDALOUSSE MARBELLA 3

IMM 59 APPT 20 HAY RIAD RABAT

Tél. : 06 78490701 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10-01-23

Nom et prénom du malade : ESSATTE Lila

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

Nature de la maladie : Colique

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) :

VOLET ADHERENT

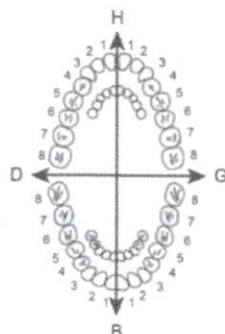
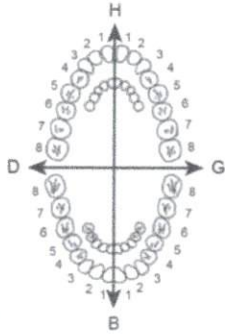
Déclaration

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
12.12.23	C2		300,00	INP: 092037209

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE D. TAXIARI JOUFIAT Sidi Maarouf (Ancien Melro) Tél: 02 33 51 71 / 05 22 33 59 53 - GSM: 06 61 24 42 07 58 - Pat: 34103109 - IF: 50731792 - CNSS: 006240 0048382000044 - Email: paracetamol2011@melro.com	2023	173,50
INPE: 092037209		

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Khalid TAZI

PÉDIATRE

Diplômé d'Etudes Spéciales de Pédiatrie - PARIS
Ancien Maître Assistant au CHU Avicenne

الدكتور خالد التازي

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج الدراسات المختصة في طب الأطفال - باريس
أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا

10.1.2023

ESalle Lila

89,50
305 900

89,50

Curogyl D3

05 gts / i -

Zuror
à renouveler

84,00

Fiboximbi GAZ - Goutte

10 gts en prise curative / i -
cur 15 gts

146

Pyrimofone

1 glette orale
x 2 / i

T = 173,50

PHARMACIE DE LA COLLINE

Dr. TATNRI IOUTEL Amina

Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)

Tel : 05 22 33 51 71 / 05 22 33 59 53 - GSM : 06 61 24 42 07

06 69 58 - Pat : 36103109 - IF : 50731792 - CNSS : 6063490

Net : 009183820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

Résidence RIBH "A"

إقامة ربح - A - الطابق الأول - شارع بئر أنزران / زنقة القائد الأشطر - المعاريف - الدار البيضاء : فوق إنوي مقابل سوق السلك القديم

Angle Rue Kaïd Al Achtar **Bd. BIR ANZARANE** - Maârif - Casablanca : au dessus de **INWI** en face ancien marché SALK

☎ : 05 22 25 83 82



8 032578 470505

Lot: 220544

A consommer de
préférence avant le: 07/2025

PPC: 84,00 DH

Curogyl® D3



8 051128 635522

Lot: 220244

A consommer de
préférence avant le: 04/2025

PPC: 89,50 DH