

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° P19- 0044374

151074

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09221

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/03/1956

Adresse : RES RAM RUE EL JADIDA N°233 CASA

Tél. : 0661202314

Total des frais engagés : 448,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAHOUJI Salah Eddine
444 F. Mokhtar Soussi
(Ex Av B) Hay Al Ma. Jil
Casablanca
Tél. : 05 22 22 18 50

Date de consultation : 18/02/2023

Nom et prénom du malade : TALBY RIAD

Age : 66 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : aff. cardiovasculaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/02/2023

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
18/02/2023	G		150,00	<div> <div>Dr. OUI Salah Eddine</div> <div>445, Bd Mokhtar Soussi</div> <div>(Ex Av B. Hayat)</div> <div>Casablanca</div> <div>Tél. 05 22 28 01 62</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>PHARMACIE MESUD</div> <div>SARI AU</div> <div>445, Bd Mokhtar Soussi</div> <div>Casablanca</div> <div>Tél. 05 22 28 01 62</div> </div>	18/02/23	298,80

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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B		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 CHAOUI SALAH-EDDINE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

MEDECINE GENERALE

EXPERT PRES LES TRIBUNAUX

الدكتور الشاوي صالح الدين

حائز على شهادة الفحص بالصدى

من كلية الطب بباريس

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 18.02.2023 في الدار البيضاء،

PHARMACIE EL MESJID
SARL AU
445, Bd Mokhtar Soussi
Casablanca
Tél : 05 22 28 01 62

TALBY RIAJ

(SV)

24

Fluoxan 50

116.40

2 gel x 24 Ant 1/4 x 6

Hemoneur pt

1180.00

1 Appl 1/2 x 2

(SV)

Hemofast Sup

14.50 x 2

1 sup x 24

(SV)

Mediten 600

6.00

1/4 x 24

(SV)

Duphalac sir

115.40

110 S

(SV)

LOT 22E007
P.R. 01 2025
DUPHALAC 66,5%
SQL BUV 200 ML
P.P.V : 45DH40



PHARMACIE EL MESJID
SARL AU
445, Bd Mokhtar Soussi
Casablanca
Tél : 05 22 28 01 62

LOT 222115 1
EXP 06 2025
PPV 60.00

Dr. CHAOUI SALAH-EDDINE
44 P. - Mokhtar Soussi
(Ex Av B) Hay Al Masjed
Casablanca

447, شارع المختار السوسي (مسجد السنة) فوق صيدلية المسجد - الدار البيضاء

447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi (Mosquée Souna) Au Dessus Phar. Al Masjid

Casablanca - Tél : 0522 28 16 56 : الهاتف

PPV 116DH40

LOT 150119
EXP 09/2023

HÉMOREÏNE

Tube de 30g

LOT: 3118
EXP: 10/25
PPC: 48.00DH

14,50

14,50