

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 canaux, 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 canaux.

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'Horizon
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° W21-785190

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **3727** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **MOHAMMED**

Nom & Prénom : **MOHAMMED**

Date de naissance : **01.10.1956**

Adresse : **Boulevard Sina Appl 148**

Tél. : **0661 15 984** CASAM

Total des frais engagés : **428,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **20-02-2023**

Nom et prénom du malade : **TAHMI BENJELLOUN**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

INP : 081038668

Dr. Aziz C.
Neurochirurg
51, Bd. Rahel & Menkine, Garmisch
Tel.: 0522 54 02 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE Av. Nice Résidence Bourdig RD Mg. N° 1, Bourgogne Casablanca Tél : 05 22 94 93 39</p>	20/02/23	1139,40

Montant de la Facture

439,40

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

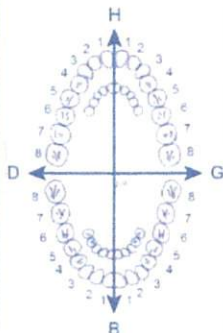
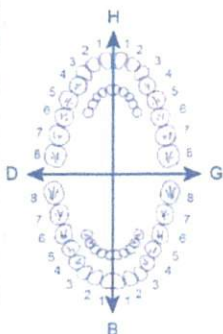
Montant détaillé
des Honoraires

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000

D	00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

6

(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 Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, le 20.02.2023 في الدار البيضاء،

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 3

PHARMACIE NICE
Av. Nice Residence Bourdiga
RD Mg. N° 3, Bourgogne
Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

51، شارع رحال المسكيني - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 44 31 77 / 05 22 54 02 60

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

DULASTAN® 500 mg / 2 mg **دولاستان®**
Boîte de 20 comprimés عذبة من 20 قرصا

37,00

DULASTAN® 500 mg / 2 mg **دولاستان®**
Boîte de 20 comprimés عذبة من 20 قرصا

37,00

DULASTAN® 500 mg / 2 mg **دولاستان®**
Boîte de 20 comprimés عذبة من 20 قرصا

37,00

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

التعليمات العلاجية:

يوصف هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و انزعاج وظيفي) بتأثير متأخر للاعتلال المفاصلي للورك والركبة.
يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب التناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.

1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام.
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.
علبة من 30 كبسولة.

PPV 188.00 DH