

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° P19-0028513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

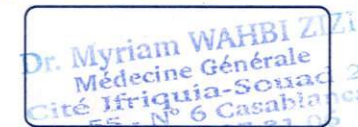
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1003 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bagas Lahcen
Date de naissance : 01-01-1935
Adresse : Etadman CHERAF Rue 1 imm 82 n° 1
El Oulfa Lohu Casablanca Maroc
Tél. : 06 66 29 66 46 Total des frais engagés : 629,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/23
Nom et prénom du malade : Bagas Lahcen Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lombalgie
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 : 11/04/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/03/2023			180,00	Dr. Myriam WAHBI ZIZI Médecine Générale Cité Ifraquia-Souad 2 Rue 55 - N° 6 Casablanca Tél : 05 22 37 31 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/03/23	479,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

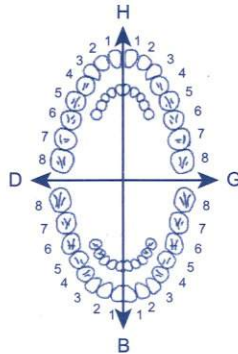
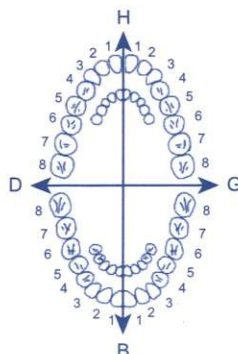
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</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																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Myriam Wahbi Zizi

Spécialiste en médecine de travail

Ancienne interne à la maternité

du CHU averroes

Electro cardio-gramme

médecine Générale

Echographie Générale



الاركتورة مريم وهبي الزيزي

إختصاصية في طب الشغل

طبيبة داخلية سابقا قسم التوليد

مستشفى ابن رشد

التخطيط الكهربائي للقلب

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le 15/03/2023

Bayer ab hen

13950'

(1)

Ainoh

CP

4570'

(2)

Colnonyl us

pour coltrax

2cp 2x1 j

à 8ja

7500'

(3)

Ineso ab f gel

apil j

à 8ja

2320'

(4)

Bouger

1cp 3x1 j

à 8ja

حي إفريقيّا سعاد 2 الزنقة 55 رقم 6 (قرب صيدلية سيف الدين) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 31 06

Cité IFRIQUIA - Souad 2 - Rue 55 - N° 6 (prés pharmacie siffe eddine) - Casablanca - Tél : 05 22 37 31 06

Fax : 05 22 37 31 06 - Patente N° 37304580 - ICE 00205426400054

في حالة الإستعجال : 06 61 07 80 51 GSM

1400

⑤ Doliprane 1g cp

182.10. rep x 21; v5jane

⑥ Suliat 160 12.5 cp
rep 1j x 3mois

Dr Myriam WAHBI ZIZI
Médecine Générale
cité Idrissia-Souad 2
Rue 50 - N° 6 Casablanca
05 37 37 37 37

G = 47950

182.10
↑

Lot: 220467
A consommer avant le: 06/2025
PPC: 139,50 DH

4570
↑

BOURGET INOSITOL

PPU 23DH20
EXP 05/2025
LOT 26013 1

BOURGET INOSITOL[®]
20 comprimés 300 mg

6 118000 031215

LOT: M0851
PER: 09/2024
PPU: 75.00DH

Ineso 20 mg
14 Gélules
Deva Pharmaceutique

6 118000 410430

SULIAT[®] HCT
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072256

Coltrax[®] 4 mg

12 comprimés

6 118000 120322

Doliprane[®] 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables

6 118000 040972

PPV: 14DH00
PER: 02/26
LOT: M547