

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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

- 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



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

Mⁿ 7115
Déclaration de Maladie
M22- 0054044

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : R

Nom & Prénom : Sifeddine Abdallah

Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 4 Tissi II Bemechid

Tél. : 06 74 20 45 33

Total des frais engagés : 1653,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.07.2023

Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DNI 2 - HTA - Anxiété

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

Pathologie :

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 : Bemechid

Le : 09 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. RIANI FOUZIA PHARMACIE ALHAMD Quartier Bella Vista - Berrechid INPE: 062069794 Tél: 05 22 53 32 82	04.07.23	Dr. RIANI FOUZIA PHARMACIE ALHAMD Quartier Bella Vista - Berrechid INPE: 062069794 Tél: 05 22 53 32 82

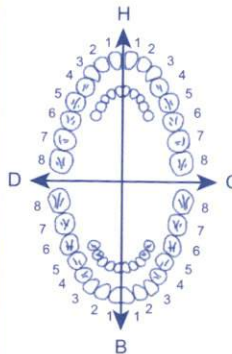
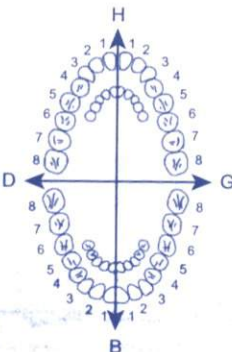
[illegible][illegible]

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								
					MONTANTS DES SOINS							
					DEBUT D'EXECUTION							
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				MONTANTS DES SOINS								
						DATE DU DEVIS						
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

Me = 7113

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Dr. RIANI FOUZIA
PHARMACIE ALHAMD
Quartier Belle Vue Berrechid
INPE 061173340
Tél: 05 22 32 32 82

Berrachid, le 04-07-2023 في برشيد،

afeddine Abdallah

1) suliat 160/5

185.20

18/8

le matin

2) laulus solo star

17us/8

le soir

3) Glucovance 500/2.5

18/8

le matin

4) Metformin 25

18/8

le soir

5) lyg-mex

18/8

le soir

41, زنفة طارق ابن زيد الطابق الأول - البرشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - الجوال : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

185,20

185,20

185,20

sanoﬁ-aventis Maroc

Road de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



5 118001 081615

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH



6 118001 040384

LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)

60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70



6 118001 040384

LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)

60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70