

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° M21- 0060698

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8973 Société : DAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Decede
 Nom & Prénom : LABRIDI Mohamed Ep Khadija Yammou
 Date de naissance : 01/01/1961
 Adresse : Cité de la Commune Urbaine BC 06 n°202
 Hay Hassani Oulh
 Tél : 062266466 Total des frais engagés : 672,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/11/2023
 Nom et prénom du malade : KHADIJA YAMMOU Age: 62
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA, Diabète
 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 : 26 / 07 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20 JUN 2023 | | | 20000 | دكتور سفيان المصباحي طبيب معالج، خبير لدى المحكمة د. سفيان المصباحي 60، طريق مولاي الحسن (قرب مستشفى الدار البيضاء) مانولا - الحي الحسني هاتف: 072 90 70 88 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 20/7/2023 | 472,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

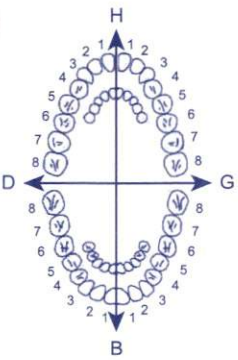
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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.

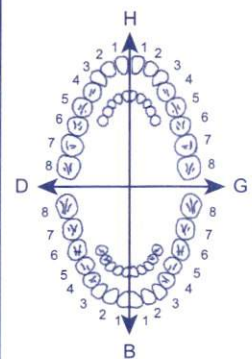
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|-------------------------|--|
| Coefficient DES TRAVAUX | |
| 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

Docteur Saïd GZOUÏ

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

Casablanca, le : 20 JUL 2023

- 108,100
1- Zamox 1g
31,10 Asa 42
2- Diclo 50
131,60 1g x 3
3- Spectame 500
4000 1g x 2
4- Predue 20
24g
5- Predue 50
22,00 1g
6- Rhumix
22,00 1g x 6
7- Omiz 20

PPV: 109DH00
PER: 01-26
LOT: M209

Pharma 50mg

LOT: 4133
PER: 10-25
P.P.V: 31 DH 10

COOPER PHARMA
LOT: 201550
PER: 10-2023
PPV: 131,60 DH

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

PPV: 82 DH 70
PER: 02/24
LOT: M474

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V.: 22,00 DH



6 118000 191032

Omiz 20mg
7 gélules



6 118000 092414

Flebot

الدار البيضاء - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay

Tél.: 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail: drgzsa@gmail.com - INPE: 091069666 - IF: 51469500

8- Relaxol
53,10 ر.م.د.



= 47290

دكتور سعيد الخزول
طبيب مختص، خبير لدى المحاكم
طبيب مختص، خبير لدى المحاكم
(قرب مستشفى الوادي الحسني)
مانولا - الوادي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف: 022 90 70 88 - 022 90 70 86

PHARMACEUTICAL
N°1, Souk Saâda
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0523 90 75 20