

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'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

M22- 0053475

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6893

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAFKI SAÏD

Date de naissance : 04-08-1959

Adresse : 37 RUE DES ICIS Beaujeu
casablanca

Tél : 06 60 97 54 23 Total des frais engagés : 342,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Samir LAMRAH
Médecin Généraliste
Complexe ATTAHID GH22-IMM 149
RDC 4, Ville Errahma 2
Tél 0522-89-22.10

Date de consultation : 31/07/2023

Nom et prénom du malade : OUAFKI SAÏD

Age : 64

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

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 : casablanca

Le : 03/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

OUAFKI

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
31/07/23	C	1	*130,00*	<p>Docteur Samir LAMRANI Médecin Généraliste RDC 4, ville Errahma 2. Complexe ATW-HIP GH22 IMM 145 TEL: 0522-89-77-10</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL FOUQUED Rue des Roses A Masid Amador Beauséjour Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca INPE : 092009513</p>	31.07.23	212,60

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 :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

أوفيكين 200 ملغ
سيفيكسيم

8 أقراص مغلفة

LOT 230444 1

EXP 01 25

PPV 97.90 DH

d'Urgence et d'Oxylogie
à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



Ordonnance

الطب العام
طب المستعجلات

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
شهادة طب المستعجلات بكلية
الطب والصيدلة بالدار البيضاء

RDV :

Contrôle :

Consultation :

31 JUL 2023

97.90 - R Oufki Said -

1) Ofken 200 - 1-2x par j.

32.60 - 2) Fluxol sup - 1 cas x 3j.

82.10 - 3) Euzol do - 1x/jours (le matin à jeun)

4) Roceftal gélules - 1x/jours

212.60

LOT: 2478
PER: 02-26
PPV: 82DH10

PHARMACIE AL WOUROU
67 Rue des Roses A Corté de
Majida Annour - Beauséjour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca

Docteur Sanaa LAMRANI
Médecine Générale
Complexe ATTAWHID GH22 IMM 149
RDC 4, ville Errahma 2

المجمع السكني التوحيد 22 عمارة 149 الطابق السفلي رقم 4 مدينة الرحمة 2

Complexe ATTAWHID GH22 IMM 149 RDC 4, Ville Errahma 2.

Tél : 05 22 89 23 18 - GSM : 06 93 80 76 86 - Email : lamranisanaaaaa@hotmail.fr

PPV (DH) :

32,60

LOT N° :

UT. AV.:

موکسول
أمبروکسول

بدون سکر