

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

- Reclamation : 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Mic 1042
Déclaration de Maladie

M22- 0046841

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1042** Société : **RAM**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **AIT MERIM Brahimi**

Date de naissance : **01/02/1949**

Adresse : **Hadikulla**

Tél. : **0689629854** Total des frais engagés : **287,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **21/02/2019**

Nom et prénom du malade : **AIT MERIM Brahimi** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Pathologie**

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) : **Ait Merim Brahimi**

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
				Dr. ASMOUNI Spécialiste de Médecine Dentaire D'Endodontie et de Plaque de la Khouribga 2ème Etage Derb Omar Casablanca Tel: 022.31.58.50/41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'HOPITAL Dr. LOUE Abdelfattah N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ Province TAROUDANT Tel: 05 28 53 93 29	24.07.23	281.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

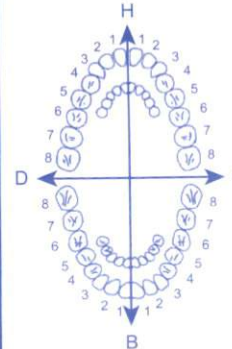
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE	CÖEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table><tr><td>H</td><td></td><td>G</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></td><td>B</td><td></td></tr></table>	H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		
	H		G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
	B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS																					
		DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																					

BIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ASMOUN Ahmed,

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF,

ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hémorroïdes, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex. ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE

CASABLANCA

الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج والبواسير

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : 20/02/13 : الدار البيضاء في :

Fouidim

Arix

Brachouka

Dolipr

Titovnew

8, Bd Khouribga N° 10 - 2ème Etage Tél : 05 22 31 58 41 / 50 - Fax : 05 22 31 58 50

ICE : 002215254000088 - INPE : 091013169

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOUZ
Province TAROUJANT
Tel : 05 28 53 93 29

5400

Du 20/01/2000



M 3 M,

281-40

~~Dr. ASMOUN Ahmed
Specialiste de Maladies de l'Appareil
Digestif et de l'Appareil
d'Endocrinologie et de Métabolisme
Bd.
Khouribga 2ème Etage Derb Omar
Casablanca Tel: 022.31.58.50/46~~

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ
Province TAROUDANT
Tél : 05 23 63 93 29

فوسيدرين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

PPV 79DH73
PER 01/26
LOT M182

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables



6 118000 040941

bronchokod 5 g/100 ml
sans sucre
adultes
solution buvable - 125ml



6 118000 140528

kod
Adultes

LOT:1178
PER:01/25
PPV:22,90DH

PPV:14DH00
PER:07/24
LOT:K1902

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

Titanoréine à la
lidocaïne 2%
Crème



6 118000 08

LOT:233270
PER:03-2026
PPV:16,00DH

TITANORÉINE®
Caryophyllène - Oxyde de Titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

bronchokod 5 g/100 ml
sans sucre
adultes
solution buvable - 300 ml



6 118000 140122

LOT:1186
PER:03/25
PPV:41,10DH

DUSPATALIN 200MG
GELU 820

P.P.V.:54DH00



6 118000 010531

LOT:233270
PER:03-2026

Date : / / 2016