

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

- 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- 0052040

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6082 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAÏSS Anasse
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 18 27 0000 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/06/2023
 Nom et prénom du malade : RAÏSS Wafâa Née ELAMRANI Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALGIES PERIEMEN
 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 : 05/06/2023
 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
05/06/23	G		350,00	Dr Mohamed ZARQAOUT Gynécologue Obstétricien 31, Rue Jaleidine Bayouti Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA Tél. 0522.36.36.00 - Fax 0522.36.04.44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOCCO ALTO Centre Commercial Mohamed Saïd Tél.: 05 39 94 77 08 INPE: 162017164	5/6/23	205,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/06/23	7160	10000

AUXILIAIRES MEDICAUX

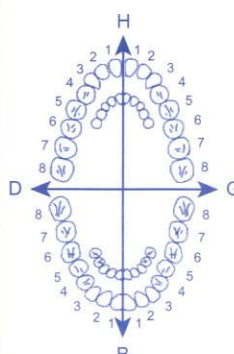
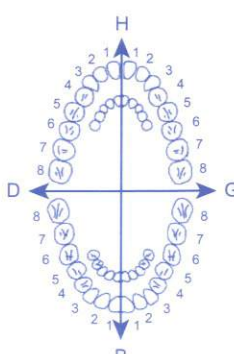
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>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

Docteur Mohamed ZARQAoui
Gynécologue Obstétricien
Diplômé de l'Université de LILLE



الدكتور محمد زرقاوي

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد
خريج كلية الطب ببليل

- Stérilité du couple : FIV - ICSI
- Chirurgie endoscopique
- Echographie spécialisée
- Maladies du sein
- Chirurgie de l'incontinence urinaire

- عقم الزوجين
- جراحة بالمنظار الداخلي
- الفحص بالصدى
- أمراض الثدي
- جراحة أمراض النساء و سلس البول

Casablanca, le 05/06/2023

Mme RAISS Wafaa Nee El Amrani Idrissi

5630 D-CURE 25000 UI,

1 ampoule tous les 15 jours , pendant 2 mois

26,20 ACFOL 5 MG

1 comprimé par jour, pendant 1 mois

1230 BIOMARTIAL

1 gel par jour pdt 1 mois

PPV: 56,30 DT
LOT: 23810D
EXP: 02/2025

LOT: 2210008
FAB: 10/2022
EXP: 10/2025
PVC: 123.000H

LOT: 1022304
FAB: 02/2023
EXP: 02/2025
PVC: 6.2 DT

Pharmacie SOCCO ALTO
Dr. EL KERDOUDI Mohamed Saïd
Centre Commercial Socco Alto 31
Tél.: 05 39 94 77 08
INPE : 162017164

Dr Mohamed ZARQAoui
Gynécologue Obstétricien
Place Jalalidine Sayouti
Nid d'Iris 20100 CASABLANCA
Tél: 0522 36 36 06 - Fax : 05 22 36 04 04

Docteur Mohamed ZARQAoui
Gynécologue Obstétricien
Diplômé de l'Université de LILLE



الدكتور محمد زرقاوي

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد
خريج كلية الطب بليل

- Stérilité du couple : FIV - ICSI
- Chirurgie endoscopique
- Echographie spécialisée
- Maladies du sein
- Chirurgie de l'incontinence urinaire

- عقم الزوجين
- جراحة بالمنظار الداخلي
- الفحص بالصدى
- أمراض الثدي
- جراحة أمراض النساء و سلس البول

Casablanca, le 05/06/2023

Mme RAISS Wafaa Nee El Amrani Idrissi

MAMMOGRAPHIE +/- ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE

multipare

DOCTEUR ABDELMAJID
Rue Nid d'Iris - Casablanca
Tél : 0522 20 34 53
Fax : 0522 47 40 09

Dr Mohamed ZARQAoui
Gynécologue Obstétricien
31. Rue Jalaldine Sayouti
Place du Nid d'Iris
Tél : 0522 36 36 06 - Fax : 05 22 36 04 04



Nom & prénom : EL AMRANI EL IDRISI OUAFAE

FACTURE N° : 23/011561

Date : 07/06/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
MAMMO TOMOSYNTHESE+ECHO MAMMAIRE	1 000,00
Total Montant	
1 000,00	

RADIOLOGIE ABOUMADI
27, Rue Ily Abou Madi - Quartier Gautier -
Casablanca 20060 Maroc
Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09
E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 07/06/2023

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73