

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° P19-0025213

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1485 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAJEDDINE KHADIJA

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 9, Rue des Flamants AP 10 RIVIERA
CASA

Tél. : 0661711381 Total des frais engagés : 870,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SADIK Foudia
Médecin
104, Rue Mimouza Hassan
Tél: 05 77 36 58 61 Casablanca

INPE : 091122440
Date de consultation : 12 OCT 2023

Nom et prénom du malade : TAJEDDINE Khadija

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Herpès

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
12 OCT 2013	19	01	200,00	Dr. SADIK 104, Rue Mimouza Hay Erraia Tél: 05 77 26 58 57 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANASSER Tél: 05 22 25 58 58 - 05 22 25 51 47 Email: pharcanassera@gmail.com	12/10/13	670,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

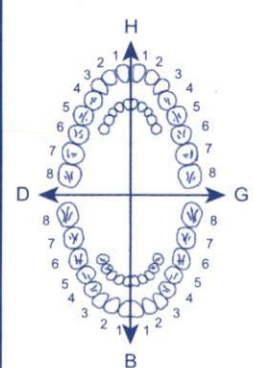
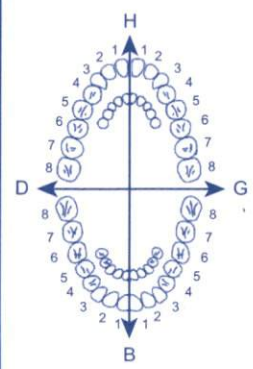
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <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																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05.22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.36.58.91

Casablanca, le : 12 OCT 2023 : دار البيضاء، في

Dr. TAJEDDINE Khadija

Maphar

Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Tanganil 500mg cp b30
P.P.V : 59,10 DH

118001 183340

60.10 - Tanganil (S.V)

1cp 2 fois / après

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH
118001 020591

82.10 - Inexium (S.V) 20 mg (S.V)

1cp / 1 fois

99.10 - Lixifer (S.V)

1cp 3 fois / après

60.10 x6 - Ferplex (S.V) (1x0.1 mois)

1 Flacon 2 fois / après

79.10 - Addikva (S.V)

Dr. SADIK Fouzia
Médicine Générale
104 Rue Mimosa Hay Exra
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

PPC : 79DH00

026466 004907

04.2025
L2200508

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

Lot/ de p X1029 1226 EF 317MA
LOT PER
Prix 99.00
Lixif

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

ARV d'olteuare

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016