

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 canalaire, 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 canalaire.

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 étage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W21-798885

13/12/21

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1646 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : KARIM Mohamed
 Date de naissance : 01/02/1953
 Adresse : Lot Nassim N° 300 Hay Nassim
 Tél : 06 321 7210 Total des frais engagés : Dhs

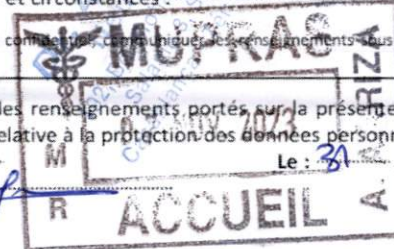
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/10/2021
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Neurologique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère chronique, 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 : 31/10/21

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
31/10/23	G	200 dh		INP : 051203478

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
31/10/23	207.00 dh	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 et le coefficient.			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H : 25533412 / 00000000 D : 00000000 / 35533411 G : 21433552 / 00000000 B : 00000000 / 11433553 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		

LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

SYNNAX 25mg
30 comprimés
LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

SYNNAX 25mg
30 comprimés
LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

SYNNAX 25mg
30 comprimés
LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

LOT : 231279
EXP : 09/2025
PPV : 68,00DH

LOT : 221788
EXP : 12/2024
EMG

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

Docteur Rim AMZIL

Neurologue

Adulte et Enfant

Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (ENMG)



الدكتورة ريم أمزيل
إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري والمضلات
الكبار والأطفال

التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب والمضلات

Ordonnance

Nom et Prénom :

KARIM Mohamed.
68.0046

Date: 31/10/23

1) Symox. 25 mg cp

0-0-2 pdt 3mes

119.80 x 3

2) Losilo. 10 mg cp

0-0-0 pdt 3mes

Ts 767.60



EMG
PER: 06/26
LOT: M1417-1

PPV: 119DH80
PER: 06/26
LOT: M2222

192, شارع محمد أبوزيان, سيدي عثمان, الدار البيضاء.

192, Bd Mohamed Bouziane, Sidi Othman, Casablanca, Maroc

05 20 57 00 84 06 72 76 08 04 amzilrim@gmail.com

PPV: 119DH80
PER: 06/26
LOT: M2221