

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- 055978

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3161

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MOUSTAHID ABDERRAHIM

Date de naissance :

1955

Adresse :

Tél. :

0661 72 75 46

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23 OCT 2023

Nom et prénom du malade :

Moustahid Charifa

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Asker

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 :

CASA

Le :

24 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

ABZ

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
23 OCT 2023	G 4 ECO		210,10	<i>[Signature]</i> Bd F. Méditerranée 15000 (Spécialité Dentaire) 022599077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE EL MOHAMED Dr. BENKIRANE HANAN Jamilia V, Rue 165, N°38, C.D Casablanca - Tél.: 05 22 59 53 05	23/10/23	434,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

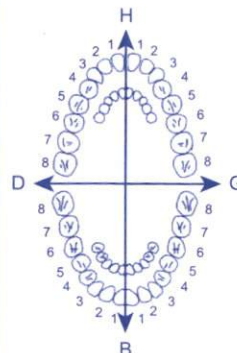
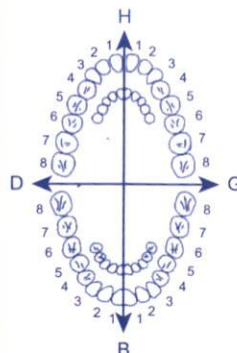
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr. Amal Zalim

SUIVI GROSSESSE
Echographie
Electrocardiogramme
ECG
Médecine générale

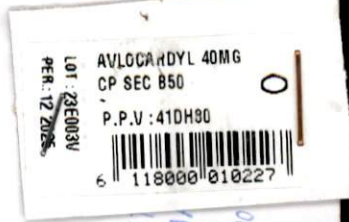


الدكتورة أمال زليم

متابعة الحمل
الفحص بالصدى - التفرقة
التخطيط الكهربائي للقلب
الحجامة
الطب العام

Casablanca, Le : 23 OCT 2023 : الدار البيضاء, في :

Mlle Moustahid Charfa :



21.80

1) Avlocardyl



1/4



89,6

2) Nuroxyl



21.80

3) Polydex



3)

DR. AMAL ZALIM
Médecine Générale
Bd. El Joulane N° 616 Darb Friha
Cité Djennat (Sbata) Casa
Tél: 05 22 59 99 77

شارع الجولان رقم 616 درب فريحة قرية الجماعة (سباتة) الطابق الأول - البيضاء
الهاتف 05 22 59 99 77 البريد الإلكتروني E-mail : amal.zalim@gmail.com

M53-23

4) Ventoline aerosol

46,90

1 soufflee a 24

(1) Acticarbine

99,00

(5) Ocos'lo

434,40

713

ID: 652387
LOT: TX5J
PER: 03/2025
PPV: 42,20 DH

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA
6 118001 070015

Dr. Amal ZALIM
Médecine générale
Bd El Joulane N° 616 Derb Friha
Cite Djemaa (sbata) - Casa
1^{er} Etage - Tél.: 05 22 59 99 77



de est al

LOT 211264
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

PHARMACIE IBN EL M
Dr. BENKIRANE HANAN
Jamilia V, Rue 165, N°38, C.D
Casablanca - Tél.: 05 22 59 53 00

Lot NE3D
EXP 01 2025
PPV 45,30 DH

Lot NE3D
EXP 01 2025
PPV 45,30 DH