

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-813517

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ASAL OTHMANE
 Date de naissance : 1948
 Adresse : 95 RUE OTHMANE APT 5 HAY RAS CASABLANCA
 Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 507,10 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/02/2024
 Nom et prénom du malade : ASAL OTHMANE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.L. - Diabète
 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 : Casablanca Le : 05/02/2024

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
05/09/2014	C2	2	300 000	INP: L Dr Asma DEBBAJ Omnipraticien(ne) Urgentiste addictologue 235 Bd Yacoub El Mansour Sousse Tél: 05 22 36 85

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
207, 10	05/02/24	<p>PHARMACIE ALAMANA</p> <p>Mme Alami Samira Samira</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>Annariss - Beausejour</p> <p>13 44 25 23 39 09 70</p>

[illegible]

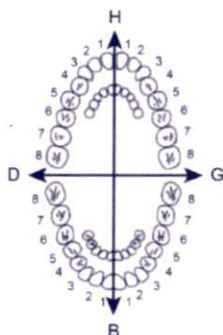
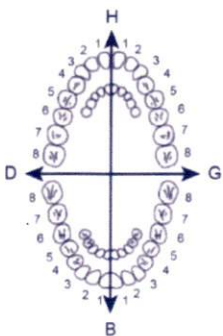
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>										
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto; font-size: small;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

طب الميئعجات والتسمات - طب الشغل - الخبرة الطبية
 الفحص بالصدى - تخطيط القلب - الوخز بالإبر الصينية - الإقلاء عن التدخين
 Médecine d'Urgence et d'Oxylogie - Médecine du Travail - Expertise Médico-légale
 Echographie Générale - Electrocardiogramme - Acupuncture - Sevrage tabagisme

Urgence : 0660 54 54 23 : المستعجلات

Casablanca le : 05/02/2024 : الدار البيضاء في

Mr AZAL Othmane

Pharmacie ALAMANA
 Mme Alami Soumi Samira
 Docteur en Pharmacie
 13, Rue Annarjiss - Beauséjour
 Casablanca - Tél. 05 22 39 09 70

① Agadol 28,00

② Digestine gel 46,00

③ 82,10

T = 207,10

Lot: 230791
 À consommer avant le: 09/2026
 PPC: 79,00 DH

LOT 230169 1
 EXP 12 2027
 PPV 46,00

82,10
 PER 04/25
 PPV 32DH10

Dr. Asmaâ DEBBAGH
 Urgentiste - addictologue
 235 Bd Yacoub El Mansour
 Casablanca - Tél: 05 22 36 85 33

Casablanca , le 05/02/2024

MR OTHMANE AJAL

ECHOSCOPIE ABDOMINO-PELVienne

- Vésicule biliaire alithiasique à parois fines .
- Voie biliaire principale de calibre normale .
- Foie de taille et de d'échostructure normales ainsi que le pancréas et la rate .
- Les reins sont de volume normal de contours réguliers et présentent une bonne différenciation cortico-médullaire .
- Absence d'adénopathie profonde visible.
- Absence d'ascite .
- Vessie ne présentant aucune anomalie .
- Prostate de volume et de morphologie normales

AU TOTAL :

Echographie abdomino-pelvienne ne mettant en évidence aucune anomalie à ce jour .

Dr Asmaa DEBBAGH
Omnipraticienne
235 Bd Yacoub EL Mansour
Casablanca
Tél : 06 22 36 85 33