

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

- 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- 0059019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0350 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LADJI Mohamed
Date de naissance : 01/01/1941
Adresse : 24/23 HAYE L'HAYE Rue 35 CABA
Tél. : 0669907636 Total des frais engagés : 1240 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2024
Nom et prénom du malade : JAOUA HASSI JA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
09.02.24	CS + Rx + Nébulisation		300 dhs + 100 dhs + 150 dhs	Dr. Chaima FARISSE Médecin Pneumologue Allergologue Gsm : 05 79 51 61 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.02.24	543,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

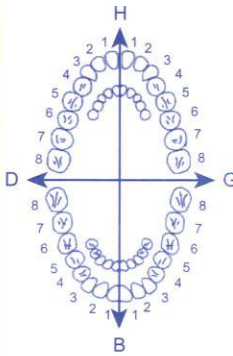
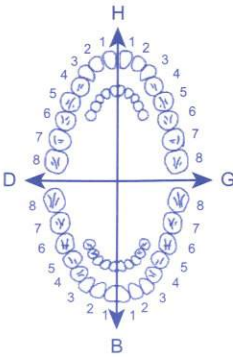
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	(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

Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Pneumophtysiologie - Asthme et allergies
Exploration Fonctionnelles Respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للأطفال والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي
فحص اضطرابات النوم والشخير
المساعدة للإقلاع عن التدخين

ORDONNANCE

Khadija BOUA

Casablanca le: 09/02/2024

207,00

PPV : 207,00 DH
LOT : 653725
PER : 07/25

Augmentine 1g s.

1s x 3j p.k 10j.



39,50

+ Exomuc s 1s x 3j p.k 10j.



297,00

Synchocort 200.

2B x 2j p.k 3semaines



x + Ubimax 500 cp.

1 cp x 2j p.k 10j.

543,90

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45



SYNTHEMEDIC ()
22 rue soubair benou el aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2006 µg Pdre pnh
Flacon de 120 doses
DAN 4 DMP 21 ARO P.P.V: 297,00dh
6 118001 020706

SNBL
AIR-23
MAR-23

LOT 23009
PER MAI 25
PPV 330H90

39,90

Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies
Exploration Fonctionnelles Respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للأطفال والكبار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي
فحص اضطرابات النوم والشخير
المساعدة للإقلاع عن التدخين

ORDONNANCE

Casablanca le: 08.02.2024

- KHADIJA JABOUA

Attestation des honoraires

- | | |
|----------------|---------|
| - Consultation | 300 dhs |
| - Radio thorax | 200 dhs |
| - Nébulisation | 150 dhs |

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45

Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies
Exploration Fonctionnelles Respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
لل كبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي
فحص اضطرابات النوم والشخير
المساعدة للإقلاع عن التدخين

ORDONNANCE

Casablanca le:

Casablanca

09/ 02 / 2024

KHADIJA JBOUA

RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE

- Pas anomalies parenchymateuses notables
- Structure osseuse normale
- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Cul de sac costo-diaphragmatiques libres

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45