

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- 0022617

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02006 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraitee
Nom & Prénom : AOULA NAJIA Age : 196117
Date de naissance : 15/12/1956
Adresse : LOT. ATTADAMOUNE RUE 6 N°73 OULFA
CASABLANCA
Tél. : 06 60 76 40 26 Total des frais engagés : + 165,00 + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 21/01/2024
Nom et prénom du malade : AOULA NAJIA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleurs Abdominales
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 : CASA 16/02/2024 Le : 16/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

| 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 | |
| <i>20/11/2014</i> | <i>[Signature]</i> | | <i>G</i> | <i>[Signature]</i> MEDICIN SPECIALISTE <i>M. BAHEN REDA</i> Neurologie - Epileptologie | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE RESIDENCE ANNAÏM Siham GUERRAOUI <i>Docteur en Pharmacie</i> 4, Résidence Annaïm - Oulfa Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca 092056 | 31/01/24 | T: 165.10 |

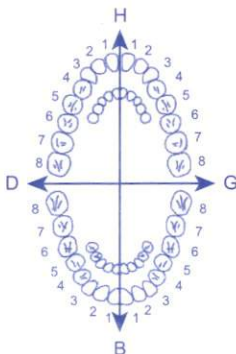
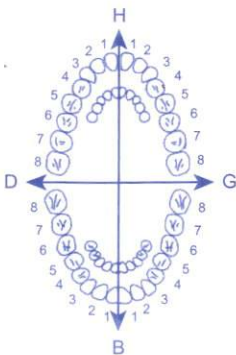
[illegible][illegible]

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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | H | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ex Chef de Département
Néphrologie-Hémodialyse Transplantation Rénale
Clinique Cheikh Zayd - RABAT

Ex Chef de Service
Néphrologie-Hémodialyse
Polyclinique CNSS Derb Ghalef - CASA

الدكتورة هاشم رضا فاتن
إختصاصية في أمراض الكلى
Dr. HACHEM REDA FATEN
Médecin Néphrologue

ORDONNANCE

le - 25/10/2021.

Mme NAJIA Aoula

376x3

①.

Malheur sang et



sept fois le matin

à 20 jours.

49.60

après le repas.

Deux fois par semaine

longue

2 ampoules / semaine à 20 jours



Dr. HACHEM REDA FATEN
Médecin Spécialiste
Néphrologie - Hémodialyse

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUPRAOUI
Docteur en Pharmacie

4, Résidence Anaim - Oulfa

312, Bd Oum Rabiaa, Quartier Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 98 89 14 - 06 72 54 14 29
Fax : 05 22 89 00 89 - Email : hachem.doc@gmail.com / contact@centrebismillah.ma

Site web : www.centrebismillah.ma

**N'oubliez pas d'apporter vos médicaments
et une copie de votre bilan biologique à chaque visite médicale**

38,50

38,50

38,50