

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

- Reclamation : 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° W19-454108

C

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 069 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELWAFI Mohamed Rayane

Date de naissance : 18/05/1993

Adresse : 11 Rue ELKAISSI Résidence du Parcine Racine

Tél. : 0663158834 Total des frais engagés : 671,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. Fouad HADDAD
Hépatogastro-Entérologie-Proctologie
Cabinet 728 Bd. Mohamed V - Tel: 05 22 85 14 14

Date de consultation : 21/10/19

Nom et prénom du malade : EL WAFIKI Rayane Age: 26

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection de longue durée

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 : 24/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : ELWAFI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-454108

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
21/10/19	Cs		3000H	INP : 0811145903

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE DU PHARE
ICE : 000830976000000
16, Avenue du Phare - CASABLANCA
Tel.: 0522 26 68 18 - Fax: 0522 48 22 02

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad HADDAD

Professeur de L'Enseignement Supérieur
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
Endoscopie Digestive
Maladies du Foie - voies Biliaires
Proctologie et Chirurgicale



الدكتور فؤاد الحداد

أستاذ بكلية الطب
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار
أمراض الكبد
أمراض و جراحة الشرج

23.12.19
18h

Casablanca , le : 21.10.19 البيضاء , في

EL WAFIKI MOHAMED RAYANE
Eutol 20mg gélules
152.90



69.50 x - Paternov Gélules

1gell; Patin à fer 15mn
avant petit déjeuner

375.30 Dh

Pr. Fouad HADDAD
Hépatogastro-
Entérologie-Proctologie
Clinique Dar Salam - 728, Bd. Modibo Keita
Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80
Gsm: 06 64 02 35 36
E-mail: haddadfouad@yahoo.fr

Service d'Hépatogastro-Entérologie - CHU Ibn Rochd - Tél.: 05 22 22 41 09 : الهاتف : مستشفى ابن رشد - قسم أمراض الجهاز الهضمي

Clinique Dar Salam - 728, Bd. Modibo Keita - Casa-tél.: 05 22 85 14 14 : الهاتف : 728 شارع موديبو كيتا - موصحة دار السلام

Fax: 05 22 83 08 80 : الفاكس : 06 64 02 35 36 : المحمول : E-mail: haddadfouad@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

152.90

PHARMA 5

20
ملغ

®

أوزول

إزومبرازول



28

كبسولة
عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

152.90

PHARMA 5

20
ملغ

®

أوزول

إزومبرازول



28

كبسولة
عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

PPC : 69.50 DH

Lot : 18DT3

A consommer avant le : 10/2021

maternov®

Gélules

N.V

ماترنوف®

كبسولة

عن طريق الفم
زنجبيل جودة جانجرين 250 مغ
علبة من 20 كبسولة نباتية



N.V