

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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- 045080

ND: 49 266

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6711

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ARAJ ABDELLAH

Date de naissance : 13-08-58

Adresse : 158 ADARSA CASAB

Tél. : 0673381638

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'appareil
Digestif et du Foie et de l'Abès
57, Bd Oukba Ibnou Nafii H.M. Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

Date de consultation : 20/11/2020

Nom et prénom du malade : ARAJ - ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection 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.

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/11/2016	3	(+)	Cachet	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/20	301,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
LABORATOIRE SIDI MAAROUF TEL: 0522 339 209 FAX: 40600860 - TEL: 36159885 E-MAIL: 9861921-901 410238	20/11/20	DR Sana CHRAÏBI 418 Lot 101 Sidi Maarouf Tel: 0522 339 209
		Montant des Honoraires

[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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">H</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">B</th> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 5px;">D</th> <th style="padding: 5px;">G</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
B												
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS										
		DATE DU DEVIS										

Cabinet d'Hépto-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE

Casablanca le, 20/11/2020

Mr ARAJ Abdellah

102100

AULCER 20

1 gélule le matin , avant repas

158,60

PROBIOTICSLIDER

1 sachet par jour

40,80

SPASMOMEN

1 comprimé, 3 fois par jour avant repas

17301,60

Fibroskopie
Diagnostic
et thérapeutique

*VIGNETTE
SPASMOMEN® 40mg
30 comprimés
PPV 40.80 DH

Coloscopie
Proctectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'Appareil
Digestif et du foie et de l'Anus
57, Bd Oukba Ibnou Nafi H.M Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS
LOT : S001
PER : C8/2023
PRIX : 158.60 DH

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 24/11/2020

Dossier N°: 201120-068 du: 20/11/2020

Médecin Dr: ZIANE ABDELLAZIZ

Patient :Mr ARAJ Abdellah

Analyse	Valeur en B	Montant
Calprotectine(selles)	800	1 072,00
Prélèvement sang veineux	1	20,00
HEMOGRAMME : NFS + PLQ	80	107,20
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	134,00
GLYCEMIE A JEUN	30	40,20
TSH-us : Thyréostimuline-Hormone	250	335,00
FT4 : THYROXINE LIBRE	200	268,00
Total :		1 976,40

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE.N°: 001681692000016
IF.N°: 40606866 - TP.N°: 36159885
CNSS.N°: 986124 - RC.N°: 410236

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Tél: 0522 335 20
IF: 40606866 - TP: 36159885
CNSS: 986124 - RC: 410236