

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

03532 N° W19-471672

76850.

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 03532

Matricule : 03532 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MORTIER

Nom & Prénom : NOUR

Date de naissance : 06/08/82

Adresse : 0661 88 82 44

Tél. : 0661 88 82 44 Total des frais engagés : 1451,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : 29/06/2021

Nom et prénom du malade : Amino Rachid GHAUSS

Age : 38

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

Nature de la maladie : neuropathie diabétique diffuse

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 : 05/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29/06/2021	CS		2502H	INP : 00000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/2021	1901,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

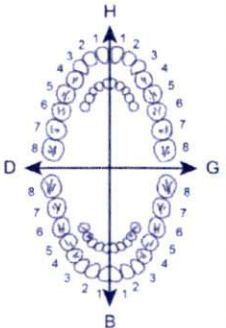
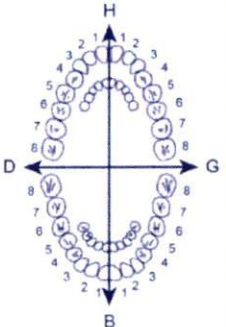
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 :
				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 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	[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



Asthme - Allergie

Tests cutanés

Pathologies liées au tabac

Arrêt du tabac

Tuberculose

Spirométrie - Bronchoscopie

Pathologie du sommeil

Pneumologie

الربو (الضيق)، الحساسية

إختبار الحساسية

أمراض التدخين

الاقلاع عن التدخين

مرض السل

فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار

أمراض النوم

الامراض المهنية

→ 08/07/2024

→ 09/08/2024
Ordonnance

Casablanca Le : 29/08/2024

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en-flacon pressurisé
Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PPV : 291DH00

Nom : Mme Amina Boukidaoui

① Foster spray (x2) 291,00

2 buffées x 2/5 (02 fois)

x ② x 45,30
Budesonide spray

Lot n°: 008
Pér.: 11-2
P.P.V: 45 DH 30
sol docteur H.F.A. PROMOPHARM S.A.
01 260058

2 buffées x 3/5 (03 fois)

puis 2 buffées spray nasale

Flowair 10 mg x 2

1cp (1h après dîner) (03 fois)

Flowair 10 mg
Montelukast sodique

Flowair 10 mg
Montelukast sodique
30 Comprimés pelliculés



PPV : 210,00 DH

④ 109 Personne hypertensive

109 109 23/5

1201.6

PHARMACIE GOURRI
Bd. Tah. Rue 2 N° 2 Ain Chock
Tel: 022 87 45 60 Casa

8

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PRÔMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:

S.I.C.

Bldg n°56 - Street 10/
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n°156/2010/1

الاستيراد لشركة سمات للتجارة الدولية
BOTTU SA
PPC : 109 DH 00



3 564300 001039

LOT

EXP:

10006282
2023 02