

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'Honneur 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° W21-655402

157593

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9310 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAOUQUZ MUSTAPHA
 Date de naissance : 03.04.1974
 Adresse : Hy Hy ABDELLAH RUE 160 N°279 CASBA
 Tél. : 0663 235843 Total des frais engagés : 513,40 Dhs

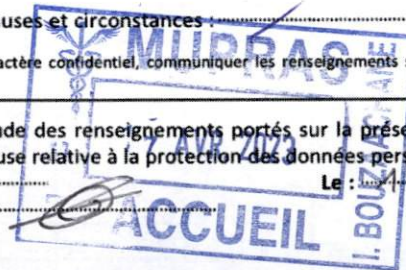
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Rachid AIT ALI
 Diabétologue
 INPE 091163352
 Angle Bd 2 Mars et Bd Meknès
 Résidence Harmonia Imm A App 1
 Tél. 05 22 50 47 06
 Date de consultation : 22/03/2023
 Nom et prénom du malade : CHAOUQUZ MUSTAPHA Age : 48
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur cervicale itérative
 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 : CASBA Le : 20/03/2023

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



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
22/03/2023	ca	9	200,00	INP : 09116333 Dr. Rachid AIT ALI Diabèteologue INPE 091163352 Angle Bd 2 Mars et Bd Meknès Résidence Harmonia Imm A Appt 1 Tél. 05 22 50 47 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie N. OUMHASSINE Tél. 05 22 24 83 70	22/03/2023	318,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

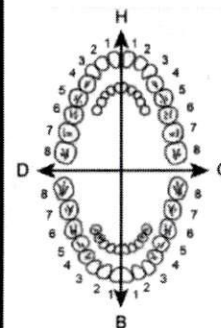
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

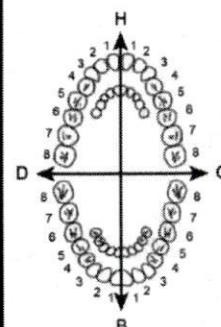
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25539412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35539411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Dr. Rachid AIT ALI

Omnipraticien
Diabète et Nutrition médicale
Gériatrie
Petite Chirurgie (Peau et Ongles)
Allergies et Urgences
Université Claude BERNARD - Lyon (France)
Échographie - ECG - Aerosolthérapie.

الدكتور رشيد أيت علي

طبيب

علاج السكري والتغذية الصحية

أمراض الشيخوخة

جراحة الجلد والأظافر

الحساسية وطب المستعجلات

خريج جامعة كلود برنارد ليون (فرنسا)

الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب - العلاج التنفسي

Casablanca le : 22/03/2023

PPC = 95,00
N° de lot :
A consumer de
préférence avant fin :
Date de fabrication :

04/2022
04/2022
02/2022
02/2022

MR CHAOUQUI MUSTAPHA

- **ExtraMag - Comprimé**
Un comprimé le matin pendant 4 semaines
- **Oedes 20 mg - gélule**
1 Gélule, 1 fois par jour, le matin, pendant 2 semaines
- **Arixib 90mg - Comprimé**
1 Comprimé, 1 fois par jour, au cours du repas, pendant 7 jours
- **Mydoflex - Comprimé**
1 comprimé le matin et 2 comprimés le soir pendant 10 jours.

LOT : 211481
EXP : 04/2024
PPV : 52.80DH

LOT : 221652
EXP : 12/2025
PPV : 76.60DH

Dr. Rachid AIT ALI

Diabétologue

INPE 091163352

Angle Bd 2 Mars et Bd Meknès

Résidence Harmonia Imm A Appt 1

Tél.: 05 22 50 47 06

GTIN: 06118001260850
LOT: 4018
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 94Dhs00



الرعاية التي تستلزمها الحياة