

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 rééducation.
- 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-544531

ND: 31629

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **03327**

Matricule : **03327** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Autre**

Nom & Prénom : **CHATAIANI El Mostafa**

Date de naissance : **01/07/1962**

Adresse : **HADJOUTE**

Tél : **0668185067** Total des frais engagés : **1841,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. EL HAIBA Abdellah**
Pneumologue
7: Angle Bd de Fes Bd 2 Mars
Tel: 05 22 50 73 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26/06/2020**

Nom et prénom du malade : **CHATAIANI El Mostafa** Age: **58**

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

Nature de la maladie : **Affection des p. x. l. e.**

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 : **06/06/20**

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

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
26/06/2020	Cs		250.00	INP : 091051846

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2020	1591.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

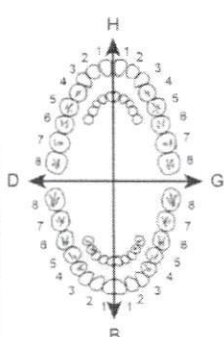
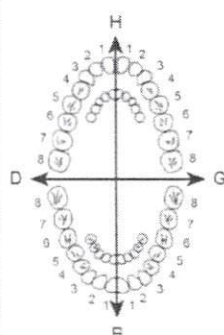
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le 26/06/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. EL HABBAB Abdelh Pneumologue 71 Angle Bd de l'Esplanade Casablanca 22.50.7
Certifie que Mlle, Mme, M. :	CHATAVIA
Présente	une maladie respiratoire chronique
Nécessitant un traitement d'une durée de :	+ de 3 ans
Dont ci-joint ordonnance :	Oui
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Docteur Abdellah El Haiba

الدكتور عبد الله الهيبنة

SPECIALISTE EN
PNEUMOPHTISIOLOGIE

Diplômé de l'Université de Paris
Membre de la société Française
de Tabacologie

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

Diplômé d'Echographie
Diplômé de Taabacologie
Maladies de Poumons - Asthme
Tuberculose - Allergie respiratoire
Aide au sevrage tabagique

Casablanca, le

26/06/2020

الدار البيضاء، في

90,50 x 2 CHATOUANI el Postaf
- xy tall

297,00 x 3
- Sy Si ent

45,30 x 8

- Vato Cuo by
es by

75,00

- VABAN

82,10

- inexist

05 22 21 46 06 : الفاكس : 05 22 50 79 15 : الهاتف : عين الشق - الدار البيضاء - المار 2 - زاوية شارع فاس و شارع 2 مارس - Ain choc - Casablanca - Tél.: 05 22 50 79 15 - Fax: 05 22 21 46 06

74, Angle Boulevard de Fes et Boulevard 2 Mars - Ain choc - Casablanca - Tél.: 05 22 50 79 15 - Fax: 05 22 21 46 06

LOT: GA90839
PER: 072021
PPV: 75 DH 00



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

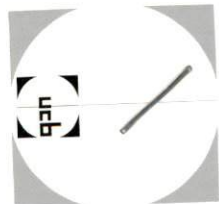
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés



9 118000 021599
Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés



Xyzall 5 mg
Délivrance de l'ordonnance

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pâte p. inh
Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21/1RQ du P.V.: 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pâte p. inh
Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21/1RQ du P.V.: 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pâte p. inh
Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21/1RQ du P.V.: 297,00 DH
6 118001 020935

PGAL
MAR-19
AVR-21

PGAL
MAR-19
AVR-21

PGAL
MAR-19
AVR-21