

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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.

Matricule : <u>3678</u>	Société : <u>RAM</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>RASSIF MOHAMMED</u>	
Date de naissance : <u>27/08/1967</u>	
Adresse : <u>N° 18, Rue Med EL Yagdi, quartier des habitants CASABLANCA</u>	
Tél. : <u>06.00.386.123</u> Total des frais engagés : <u>#3676,4#</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Le : 29/07/2020

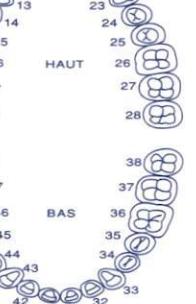
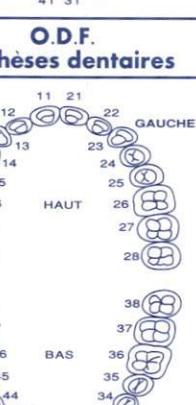
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>															
				Montant des soins <input type="text"/>															
				Début d'exécution <input type="text"/>															
				Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>															
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
D	H	G																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 14 / 54854	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0054854

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 03678#	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom RASSIF MOHAMMED			
Fonction CDD	Phones 0600386123		
Mail M.Rassif@royalairmaroc.com			
MEDECIN	Prénom du patient LATILA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 54 ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite 26/05/2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE Date 27/05/2020			
Montant de la facture 125,20			
PHARMACIE ALEXANDRE Mme BENJELLOUN Docteur en Pharmacie 35 Boulevard Alexandre Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca 19957 - 099004454 - ICP: 00 1837 636			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 27/05/2020	
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			
1200,00			
20119★ UNITED MEDICAL SRL 60, Rue Abdessalem 2010 Casablanca Tel: 0522.77.33.33			

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
 Pathologie du Sommeil
 Arrêt du Tabac
 Spirométrie - Bronchoscopie
 Tests Cutanés
 Maladies professionnelles



الدكتور كضار واصل

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية

أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين

الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

اختبار الحساسية

الأمراض المهنية

Casablanca le : 27 / 05 / 2020

EL AFAF Lulu

120,70

1-

Aérolis

5 mg

30x5x3

ACP 1/j pdt

2-

Singulair

10 mg

ACP 1/j pdt

83,50

Rhinolaya

hypert

3-

1 pul N/N

x 2-3

RHINOLAYA FORT
Spray Nasal 5ml

Ut av :	PPC : 83,50 DH
Jan/ 2022	
Lot : 90324	MEDIPRO PHARMA

صيدلية الستاد ريه

PHARMACIE ALEXANDRIE

Mme BENJELLOUN Fouzia
Docteur en Pharmacie
35, Bois

Tel: 0522.1
INP: 0920084

LOT : 080-1
PER : DEC 2021
PPV : 120 DH 70

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

رقم 11، زقة أبو الحسن العسكري (الفاواري سابقا) الطابق 5 (مصدع متوفى) الشقة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

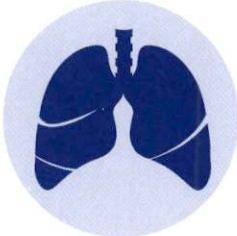
Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 002023220000065

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
 Pathologie du Sommeil
 Arrêt du Tabac
 Spirométrie - Bronchoscopie
 Tests Cutanés
 Maladies professionnelles



الدكتور كاظم واصل
اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

الحقيقة - الحساسية

أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين

الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

اختبار الحساسية

الأمراض المهنية

Casablanca le : 27/05/2020

me.

EL AFAF Enf

- May ↗ auto buccal

- humidification ↗ m
CPTI



DR. GADDAR
 11, Rue Lavoisier des hôpitaux
 Casablanca
 Tel: 0522 860 444
 Fax: 0522 793 03

رقم 11، زقة أبو الحسن العسكري (الفاوازيري سارقا) الطابق 5 (مصدع متوفر) الشقة 12 هي المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 00202322000065



UNITED MED Sarl

Respiratoires & Sommeil

UNITED MED SARL

*66 rue Annousour casablanca
Anfa 20140
tel 0522-279303
www.sdar.ma*

Facture

DATE: **27/05/2020**

Facture **356/20**

Mme EL AFAF Leila

Description	P,UNITE	QT	TVA	TOTAL H.T
Masque facial de PPC	1 000,00	1		1 000,00

**Arrétee la présente facture à la somme : Mille
Dirhams**

RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006
ICE 000216517000037 IF 14438918

TOTAL H.T **1 000,00DH**
TOTAL T.V.A **200,00DH**

TOTAL T.T.C **1 200,00DH**

★10119★
UNITED MED SARL
66 Rue Annousour Casablanca 20140
Tel: 0522-279303