

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ET AFFECTION LONGUE DUREE (ALD/ALC) - REMPLIR ET RENDRE A LA MUTUELLE

TITULER 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.

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.

Optique :

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.

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ET AFFECTION LONGUE DUREE (ALD/ALC)
N° P19-0036488

ND: 36455

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9263 Société : R.A. 17

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTTAHAR AHMED

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : LOTissement AL ADARISSA N°141 Sidi DAIROUF CASA

Tél : 0681311068 Total des frais engagés : = 944,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2020

Nom et prénom du malade : NARIKI FATIMA Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : Affection Neurologique

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 : 14/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/03/2020	C		350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ABE L. Santa ELHABIB 40, Lot. Essalama Maârouf Casablanca 05 22 97 40 65	14/03/20	564,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	18/3/2020		34	11	x10	3000

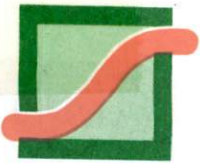
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																		
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D		G																		
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	B																				
				MONTANTS DES SOINS																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Docteur Rafai Ma
PES - Neurologue

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux

Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) - Toxine Botulique

neuroconsultcasa@gmail.com Tel: Rdv 0622 873 066

SMS 0642 655 255

14.03.2020
Casablanca, le

NOM ET PRENOM :

Mme NARIAKI FATIMA

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalam
Sidi Maarouf Casablanca
Tel : 05 22 97 40 65

21,30 x 6 = 427,80

① - tawtaw (S.V.)

78,00 14 x 2 / 3m

② - buk sere

RDV 780,00
LOI 780,00
DEP 780,00

14 x 2 / 3m (10) 78,00

Neurologie - Explorations
ElectroNeuroMyoGraphie
ElectroEncéphaloGraphie

Dr. Rafai Ma

Explorations Neurophysiologiques - ENMG - EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires
et Neuro-Musculaires

Sur Rendez-Vous - tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : neuroconsultcasa@gmail.com

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20140 - Maroc - Tél : 05 22 97 40 65 - Fax : 05 22 97 40 66 - Email : neuroconsultcasa@gmail.com

Sur Rendez-Vous : 06 22 87 30 66

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

58,150

RPV 58DH50

EXP 08/2022
LOT 97001 2

③ - Hydroxo in Boon SV

111 14 / 14 / 14

71,30

NR 3

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

DR. M.A. RAFAI
PES - Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscles
Epilepsie - EEG - Toxine Botulique
Rdv: 06 22 87 30 66

564.30

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAIBI
48, Lot Essalama
Sidi Maarouf Casablanca
Tel: 05 22 87 40 65

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202004047	14/03/2020	Mme NARIAKI Fatima	Payant	14/03/2020	14/03/2020
Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
TOTAL CLINIQUE					50,00
AUTRES PRESTATIONS					
DR. RAFAI(Neurologue)			1	300,00	300,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					300,00
Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS			TOTAL GENERAL		350,00

SERVICE URGENCES
CLINIQUE DAR SALAM
Tél: 05 22 82 14 14

Mr. Hdi LEKBIR H.
Infirmier Diplômé d'Etat
Autorisation N° 1260315
O. Al Moustakbel imm GH11-A08-N°T
Sidi Moudouf ALSA BLANCA
Tél: 065 45.86.86

Don pour 24 personnes
on y a fait 24 personnes
à l'école et on a fait
un club de football
et on a fait 34 personnes
à l'école et on a fait

Carrefour Le 18-3-2020
N°