

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.



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

Declaration de Maladie

N° W19-473926

N°: 38972

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

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

Matricule : **07739** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **FADIL Mohamed**

Date de naissance : **14-10-1956**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **0604331303** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Dr. Saïd LATIF**
Chirurgien
122, Bd 2 Mars - Casablanca

Date de consultation : **28/07/2020**

Nom et prénom du malade : **N° FADIL MOHAMED** Age :

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

Nature de la maladie : **Douleur abdominale**

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le **28 SEP 2020**

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

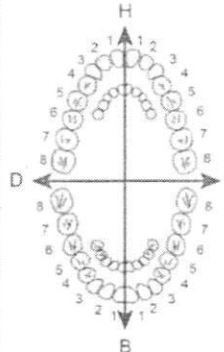
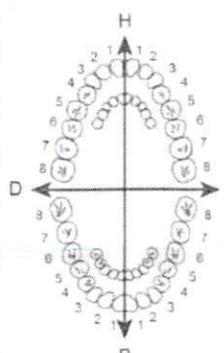
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28.7.2	5		3090	INP : 091093047 Dr. SAÏD LATIF Chirurgien 122, Bd 2 Mars - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENABDERRAHMANE Boulevard Rabouan Madin N° 15 Tél: 89.57.71	28.7.202	820,00

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	

				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
			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'EXE

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

Dr. Saïd LATIF

Lauréat de la faculté de Médecine de Paris

Spécialiste en Coelioscopie et Chirurgie Générale

Chirurgie de la vésicule biliaire, Foie, Intestin, Hernie

Thyroïde (Goitre), Hémorroïde, Fistule, et Varices ...

Chirurgie de l'appareil urinaire et génital

Chirurgie de l'enfant et chirurgie d'urgence

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

الدكتور سعيد لطيف

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في الجراحة بالمنظار ليزر والجراحة العامة

جراحة الجهاز الهضمي المرارة، المعدة، الأمعاء

جراحة الفتق - الغدد - العروق - جراحة البواسير

والجهاز التناسلي، جراحة الأطفال وجراحة المستعجلات

الفحص بالصدى

Casablanca, le

28.07.20

M 07739

FADZL MOHAMED

① - Oeder 20 mg

1 gel x 3 / j

② - Canaglucon 150 mg

1 gel x 2 / j

③ - Zucram

1 sachet x 2

④ - Apixol

1 cas x 3 / j

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140,00 DH

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140,00 DH

LOT: 9060
UTAV: 12-21
PPV: 147 DH 00

UT. AV: 07-22
P.P.V: 147 DH 00

LOT: 9060
UTAV: 12-21
PPV: 147 DH 00

UT. AV: 10/20
P.P.V. DH. 20,00

Lot: 190893
À consommer avant le: 12/2022
PPC: 79,00 DH



Dr. Saïd LATIF
122, Bd 2 Mars Résidence El Anfa
Tél: 05 22 86 09 86