

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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.

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0019566

46469

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Zouine Abdelkrim

Date de naissance : 15/06/1948

Adresse : 27 Rue Ibnou AL Kattane de Berger Casa

Tél. 0658903371

Total des frais engagés : 434,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHLOU SEBTE La
Médecine Générale
Echographie
72, Rue 66 Av. Oued Sebou
Bouja - CASA Tél. : 022.90.50.05

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : No Sadaden

Age : 52 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique en traitement

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : 24/10/2020 Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

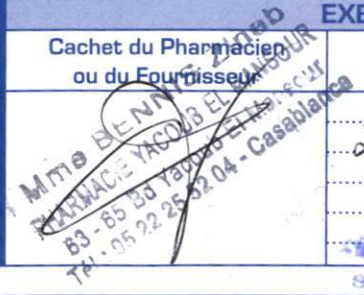
05 NOV. 2020

ACCUEIL

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
24/10/2020	C+226		2000/-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/2020	234,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

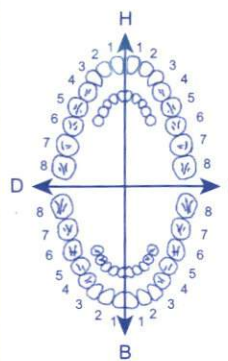
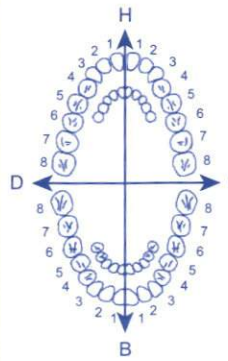
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[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

Fucidine 2%
crème Tube de 15 g

LAHLOU
SEBTI
Faculté De Médecine
DAKAR

الدكتورة ليلى الحلو السبتي

خريجة كلية الطب بدار
الطعام

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT : 20E012
PER : 12/2022

تاريخ
توقيع
في سبو

(فوق صيدلية صلاح الدين)

الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 50 05

بالموعد

chographie

de Travail

d Sebou

Salah Eddine

05 22 90 50 05

s

Le: 24/10/2020

PPV 116DH40 LOT 9D026 3
EXP 02/2022

FLOXAM
Flucloxacilline
500 mg 24 gélules

N- Sadawi khadefa

sp. Zoume

116,40
1)



(floxam par voie
du 7edem)

1 gélule x 31 j x 8h

q les repas

2500

2) Nibadine 1000 mg capsules



1 capsule x 31 j

39,70

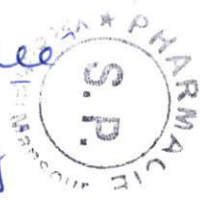
3) Puis appliquer la même

(310) 1 capsule x 31 j

4) Felo Relaxol cp 1 cp x 31 j ceterum

234,00

LAHLOU SEBTI
Faculté De Médecine
DAKAR



Dr. Laila LAHLOU SEBTI
Diplômée de La Faculté
de Médecine de Dakar
MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE
Spécialiste en Médecine de Travail

72, Rue 66 - Bd Oued Sebou
(au dessus de la Pharmacie Salah Eddine)
Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 90 50 05

Sur rendez-vous

الدكتورة ليلي لحلو السبتي
خريجة كلية الطب بدكار
الطب العام
التفحص بالأمواج الصوتية

إختصاصية في طب الشغل

72. زنقة 66 - شارع وادي سببو

(فوق صيدلية صلاح الدين)

الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 90 50 05

بالموعد

Casablanca, Le : 26/10/2020

ECHOGRAPHIE

NOM : M^{lle} Khadya SADDANE
ep FournE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie : d'échotexture et de taille
normales

Voies biliaires : La vésicule biliaire est
de taille normale et d'échotexture
bas La CBP paraît libre

Rein : <

Rate :

Pancréas :

Dr. LAHLOU SEBTLAL
Médecine Générale
Echographie
72, Rue 66 N. Oued Sebou
Oulfa - CASA Tel: 022.90.50.05

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Utérus :

Ovaires :

Conclusion :

SonoAce 4000

<ID:MME KHADIJA SADAWI >

MEDISON

Date 24/10/20

Time 11:03:55

8 60R 3.5MHz

Focus 124

F.Ave 1 : 1

B D.R. ☐

B Gain ☐

TB : Position



Document

Mode [SELECT] Brief Off [CAPS] On [ID] [NEW PATIENT] [CLEAR] [HELP] [EXIT]