

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 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° W19-547151

48560

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Mr. SOUMMANE Abdessadeq
 Date de naissance : Habituelle 01-01-1969
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0522 85 65 83 Total des frais engagés : 120 + 351,30 = 471,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur El Kaichi Fatima
N°1, Imm.A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90

Date de consultation : 03/10/2020
 Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age : 72 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite - Rhume
 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 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 03 / 10 / 2020



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
03/10/2020	C	C ₁	1200H	INP : 0910574916 <div> <div> </div> <div> </div> </div>

Dr. Fatima Fatiha
 N°1, Imm. A28, Résidence Addamane
 Ain chock - CASABLANCA - Tél: 0522.50.11.90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANASSER Mme EL ANASSER 575, Av. du 2 Mars Andalous Tel: 05.22.28.57.84 - Casablanca	03/10/20	351,30

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiq

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, et

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			INP : <input type="text"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTIVE
 mésylate de gémifloxacine

P.P.V. 282.00

PRO

Traitement

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

PPV: 20DH

FEBREX Adulte Sans Sucre

PPV: 19,30

Otrivine 1% Solution 10 ml

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/8/20 C	C ₁	1200 H	INP : 091057816 <div> <p>دكتورة الفتيحة فتيحة</p> <p>Dr. Fatiha Fatiha</p> <p>N°1, Imm. A28, Résidence Addamane</p> <p>Ain chock Casablanca - Tél. 0522 50 11 90</p> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANASSER Mme EL ANASSER 575, Av. du 2 Mars Andalouss Tél. 05.22.28.57.84 - Casablanca	03/10/20	351,30

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	

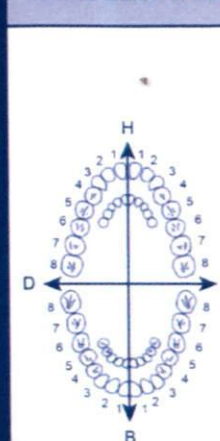
RELEVÉ DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, et

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : L

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

FACTIVE
mésylate de gémifloxacine

P.P.V. 282.00 MAD



Traitement



PPV:20DH00

FEBREX Adulte Sans Sucre



PPV:19,30 DH

Otrivine 1% Solution 10 ml



Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1, عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحي)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 03/10/2020

282,00

M^E SOUMMANE Abdessadeq

1) Factive :

30,00 1cp 1j x 07 j.



2) Prospan sirapi

20,00 1 cās x 3 1j 1, nets.



3) Febrex sachets

19,30 1 sachet x 3 1j 1, nets au cours des repas.



4) Otrivine gouttes nasales

1 pulvérisation deux chaque narine x 2/j.



351,30

الدكتورة فتيحة القيشي
Docteur EL Kaïchi Fatiha
N°1 Imm. A28 Résidence Addamane
Ain chock - Casablanca - Tél: 05 22 50 11 90

PHARMACIE EL KAÏCHI
Mme. EL KAÏCHI
575, Av. du 2 Mars Avril 1956
Tél : 05 22 28 57 84 - Casablanca