

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-593666

55433

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02731

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MEKKAOUI MARIA

Date de naissance :

25/08/66

Adresse :

9 lot M MANAR

Tél. :

0661162263

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ANISS OUASSIF

ORTHOPEDE
TRAUMATOLOGUE

159 Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 26 43

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/12/2020

Nom et prénom du malade :

MEKKAOUI MARIA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Toux, asthme, etc.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
04 12 22				INP : 6911118745 Dr. ANISSOUASSIF ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE 159 Bd. Bourgogne Casablanca Tél : 05 22 49 26 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

04/11/82 373,30

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

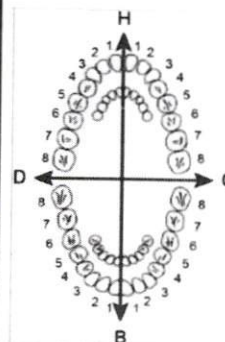
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

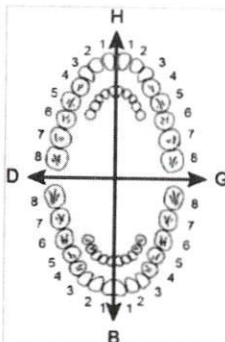
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 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

Cardiopaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

O. OUASSIF ANISS
N ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTE

AUGMENTIN 1g
sachets
..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 620044
PER: 03/21

LOVENOX
4000 UI (40 mg)
oxaparine sodique/lenoxap
Saf. Off. - avis de mise sur le marché
Rég. de l'Etat - R.P. 1
Ain Seba Casablanca
Lovenox 4000 (anti-thrombotique) 1g/2
P.P.V. : 138,10 DH
5.118001 080472

طبيب أخص
جراحة العظام
طب تقويم العظام والمفا
خبير قض

04/12/2020

MEKKAWI MARIA

138,00 x 5
= 660,00 x

NOVEX 0,4 ml

(S.V) 5 boîtes

138,10

LOVENOX 0,4 ml

(S.V) 1 inj. 5/c par jour
1b.

27,70

cardiopaspirine

(S.V) 1 inj. 1/c par jour.
1c/j
2 boîtes.

21,20

vermoz 1b. de 6.

(S.V)

1c/15j

126,30

Augmentin 1g

(S.V) 1b.

373,30 1 paquet x 2/jour

PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

O. OUASSIF
cachet et signature du médecin
159 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

132,00

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطينما
sothema



Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

132,00

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطينما
sothema



Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

132,00

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطينما
sothema



Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

132,00

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطينما
sothema



Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

132,00

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable



DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطينما
sothema

