

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-637556

137192



☒ Maladie



☐ Dentaire



☐ Optique



☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3576 Société : RAM Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Jamal Edouard Houcine
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEMBACHAR Noureddine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

Date de consultation : 25/10/2022
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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'at 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 : Berrechid Le : 25/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :
 Signature de Dr. LEMBACHAR Noureddine

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
25/10/2009	CS	x1	150,00	INP : 06109126 Dr. LEMBACHAR Nour 42, Rue Bir Anzar Quartier Indust 7430 - Beni

Dr. LEMBACHAR Nour
42, Rue Bir Anzar
Guar. Indus.
Tél.: 0522 33 74 30 - Ber

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
25/10/22	25/10/22	≠ 303,00 JTT

25/12/22

25910122

$$\neq 303, \text{ m. JH}$$
[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

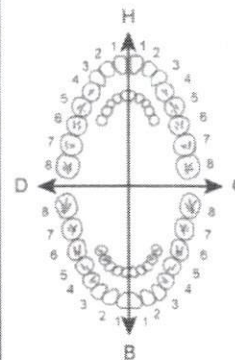
IV

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

4

25533412

00000000

C

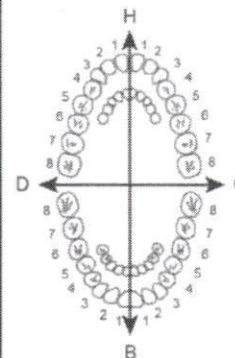
00000000

35533411

3

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur LEMBACHAR Nourddine
MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتور لمبشار نور الدين
الطب العام

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى

Fait à Berrechid le :

27/07/2022

Dr. LEMBACHAR Nourddine

Septuoril 600 700ml

46-2 Septuoril 200 x 30

150-2 Cerebex 100 x 30

200-2 Cerebex 100 x 30

156-3 D. Cure 100 x 30

90-2 D. Cure 100 x 30

الطبيب العام
شارع البر أنزاران
الحي الصناعي
برشيد

Dr. LEMBACHAR Nourddine
42, Rue Bir Anzarane Quartier industriel
Berrechid - Tél : 0522 33 74 30

PPV: 28DH70
PER: 03/27
LOT: L946

Boehringer
Ingelheim

6 118000 370017
20 ampoules buvables
de 10 ml
STIMOL

LOT: 0412
PER: 08 2025
PPV: 46.00DH

ستيمول
مالات السيترولين

حالات التعب
20 أمبولة
بدون سكر

Lot.
Exp.

PPV: 150.00

P10002677

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K25D
EXP: 11/2023

22,100