

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

- 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

Declaration de Maladie

N° W21-764563

145371

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2761 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TANANI BOUCHAIB

Date de naissance : 01/01/55

Adresse : COOP ECHABAB N° 14 BERRCHID

Tél : 06 27750362 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/22

Nom et prénom du malade : TANANI Aya

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

Nature de la maladie : Acne inflammatoire + epigastalgies

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 : Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : CTD

Autorisation CNDP N° A-21-2019

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
20/12/22	1C	21	150 DH	INP : 066806876

INP: 061206876

Dr. Soumia GHAMRAoui
Médecine Générale
Généraliste
13, rue Marrakech - BERRECHIDJ
Tél.: 0522 33 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHALIL OUSSAMA Pharmacie EL KARAM 02 228 30 40 El Karam RDC - Berrechid INPE 062104690 Tél: 06 10 55 08 01	20/12/2022	243,60

é. PHARMACIE KHALIL OUSSAMA
Pharmacie EL KARAM
ot 228 Lot El Karam RDC - Berrechid
INPE: 062104690
Tél: 06 10 55 08 01

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre		
AM	PC	I

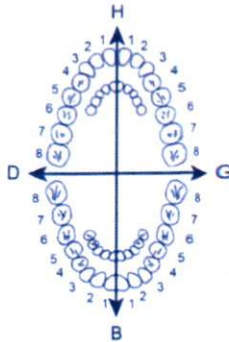
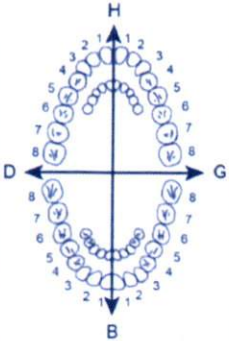
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

Important :

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

INP : | | | | | | | |

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	Durée de la séance	Février 2019	Mars 2019	Avril 2019	Mai 2019	Juin 2019	Total
Soins préventifs		16	17	18	19	20	90
Soins curatifs		10	11	12	13	14	60
Soins palliatifs		5	6	7	8	9	35
Total		31	34	37	40	43	185

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	

(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

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سميت الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

الطب العام
الفحص بالصدى

برشيد. في: 20/12/2022 Berrechid, le :

TANANI Ayoub

① Eclin gel nettoyant anti-acne
1 apr x 2 J

② Eclin écran mat Pores
1 apr le mati, et d. 14h.

③ Différence crème
1 apr J le soir à 19h.

④ Biofar magnésium spiff
1 apr J le soir, à 20h

82,1

5) INEXIUM 20 cp (S)
1 cp le matin
Jeun.

243,6

Dr. Soumia GHAMR
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BORDJ
Tél.: 0522 33 65

BIOFAR Mag Vita B6 CP Bte 20
PPC : 89.00

Ut Av	Lot :
07/2024	1216/3

IPHADERM

BIOFAR MAGNESIUM VITAMINES B6
Certificat d'enregistrement :
C.E.N° 20210309235/MAV6/DMP/CA/11

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :
Batch N°/Best before end of:
رقم الدفعة/ يستهلك قبل :
LOT 1216/3
EXP 07-2024

3 760049 895247

Poids net :
Net weight: 86 g
الوزن الصافي

3 400934 376313

DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
PPV: 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
P.N° 4, 27182 Bouskoura - Maroc

6 118001 070206

Sie. PHARMACIE KHALIL (BORDJ)
Pharmacie EL KARAM
Lot 228 Lot El Karim RDC - Berrechid
INPE 062104690
Tél: 05 10 55 08 01

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
64015DMP/21/NCV P.P.V: 82,10 DH
8 118001 020591

UM® 20