

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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- 0046572

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2868 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAYANI NASAT Vale magar KARITOUS

Date de naissance : 05.03.59

Adresse : RESIDENCE EL WABLA Berrechid

Tel : 06 51 46 85 44 Total des frais engagés : 882,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : KARITOUS NASAT Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète 2

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 : / /

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
07/07/20	CS, acc, G		250,00 DH	
		CE: 0018302290000079		
		INP: 061175584		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 2000 Docteur Kadiri L. Zineb 22. bd Mohammed V. - BEIRRECHID THERMARE 033.65.38.88	07-07/20	632,00
		06200591

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

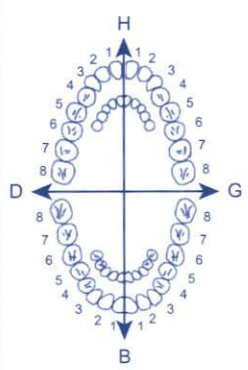
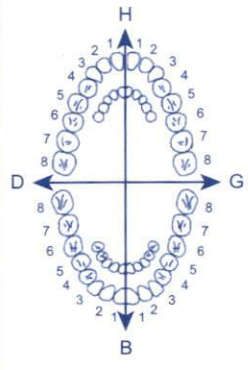
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

والحوبة الدموية - الفحص بالصدى وال هولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

19 8/08/2022

06 11 75 584 - 05 22 32 65 84

Sur Rendez-vous

بالموهد :

Karimou Rajar

67.80 Bilan 10
x3

75.20
x3

78.00

125.00

632.00

Lys x 3 m

Calcium 10

L x 3 m

Beta 100

L x 3 m

Bandelette a

glyceru

S.P

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - Berrechid
Telephone 022 53 32 65

80. زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

الاستعجلات : 06 72 12 00 82

BIPROL® 10mg
30 Comprimés pelliculés sécables

6 118001 200825

050820 9523
PPV 67DH80
67,80

BIPROL® 10mg
30 Comprimés pelliculés sécables

6 118001 200825

050820 9523
PPV 67DH80
67,80

BIPROL® 10mg
30 Comprimés pelliculés sécables

6 118001 200825

050820 9523
PPV 67DH80
67,80

CALCINIB 10mg 28 comprimés

6 118000 050520

Bésylate
LOT: 065
PER: JAN 2023
PPV: 75 DH 20

CALCINIB 10mg 28 comprimés

6 118000 050520

Bésylate
LOT: 065
PER: JAN 2023
PPV: 75 DH 20

CALCINIB 10mg 28 comprimés

6 118000 050520

Bésylate
LOT: 065
PER: JAN 2023
PPV: 75 DH 20

BETASERC 24 MG
CP B30

6 118000 012641

LOT: 065
PER: JAN 2023
PPV: 75 DH 20

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2021-12-05
212010603

BIONIME
Blood Glucose Test Strip
25 PCS (a vial of 25)

GS300

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key Included)
Rightest™ GS300

Lot: 065
Per: Jan 2023
PPV: 75 DH 20

