

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.

Diagnostique 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

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

ND: 33021

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012327

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1374 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJI LEKBAIR Date de naissance : 07/06/1950

Adresse : HAY LALLA Teneim Bloc 1244 638

Tél. : 0641137278 Total des frais engagés : 1054,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

T. BEN REDDAD Chakir
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
Aïn Chock Rue 81 N°7 - CASA
Tél : 022.87.06.06 - GSM: 063.48.69.63

Date de consultation : 14/7/20

Nom et prénom du malade : AMALA KABIRA Age: 69 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : IR Bilatérale (Cela peut être Bilatérale)

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
14/7/20	V2		250943	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/2020	335,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/7/20	225	270845

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G	B	
25533412	00000000	21433552	00000000	Coefficient DES TRAVAUX
00000000	00000000	00000000	00000000	
35533411	00000000	11433553	00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[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. BEN REDDAD Chakir

Chirurgie Traumatologue

Chirurgie de la main

Chirurgie du Rachis

Tél : 05 22 87 06 06

GSM : 06 12 75 57 13

En cas d'argenc : 06 63 48 65 63

الدكتور بن الرداد شاكور

جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الهاتف: 05 22 87 06 06

المحمول: 06 12 75 57 13

الحالات المستعجلة فقط : 06 48 65 63

ORDONNANCE

Casablanca le : 14/07/20 : الدار البيضاء في

Jeune Homme Rabine

110,10x3

33030 Act 1000 D3 (3 mois)
1 paquet / 12

4960x2 vit D cure forte 100000 47
9920 1 amp / 15 (x2)

5310x2 Relaxol 500mg 14j
10620 1 - 1 - 1 - 1 - 1

53570

PHARMACIE AL FALAH
صيدلية الفلاح
Tél: 0522 70 49 61

r. BEN REDDAD Chakir
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste

Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA
Tél: 022.87.06.06 - GSM: 063.48.69.63



Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH.
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 110 DH 10



Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH.
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE



Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH.
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 110 DH 10

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V.: 53DH10
LOT: 19E009
PER.: 10 2022
6 118000 060833

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V.: 53DH10
LOT: 19E009
PER.: 10 2022
6 118000 060833

PPV: 49,60 DH
LOT: 20006
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20006
EXP: 04/2023

DR. BEN REDDAD Chakir

Chirurgie Traumatologue

Chirurgie de la main

Chirurgie du Rachis

Tél : 05 22 87 06 06

GSM : 06 12 75 57 13

En cas d'argenc : 06 63 48 65 63

الدكتور بن الرداد شاكير

جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الهاتف: 05 22 87 06 06

المحمول: 06 12 75 57 13

الحالات المستعجلة فقط : 06 48 65 63

ORDONNANCE

Casablanca le : 14 / 7 / 20

Dr Hamza Makris

Dr Boubaric FSB

Compte rendu :

Lesion tumeur diffuse de L4 - L5
ostéolyse tuberculeuse de L4 - L5
Gel de pott - au voie de
cure dist

DR. BEN REDDAD Chakir
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
Ain Chok Rue 81 N°7
05 22 87 06 06 - GSM: 06 12 75 57 13

DR. BEN REDDAD Chakir

Chirurgie Traumatologue

Chirurgie de la main

Chirurgie du Rachis

Tél : 05 22 87 06 06

GSM : 06 12 75 57 13

En cas d'argenc : 06 63 48 65 63

الدكتور بن الرداد شاكور

جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الهاتف: 05 22 87 06 06

المحمول: 06 12 75 57 13

الحالات المستعجلة فقط : 06 48 65 63

ORDONNANCE

Casablanca le : 14/07/2014 : الدار البيضاء في

Dr. Hmels Kabine
Rx lombaire FSP
215-28094 s

Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA
81.022.07.06.06 - GSM: 06.12.75.57.13

Chirurgien Traumatologue
I. BEN REDDAD Chakir