

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.

Diagnostic 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 069252

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R.A.M. 33885

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROUSSEI Mohamed

Date de naissance : 12/09/1941

Adresse : ALLEE andromede les Hopitaux

Tél. : 0637926793 Total des frais engagés : 2627,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/08/2020

Nom et prénom du malade : ROUSSEI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : C.N.I. sévère

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

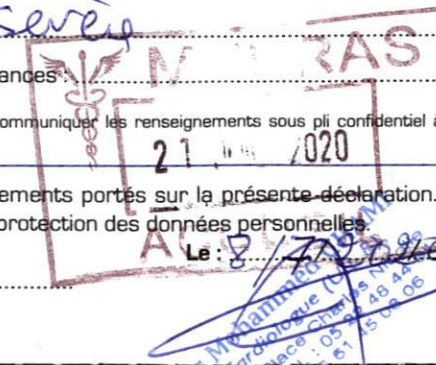
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA Le : 8/7/2020

Signature de l'adhérent(e) :

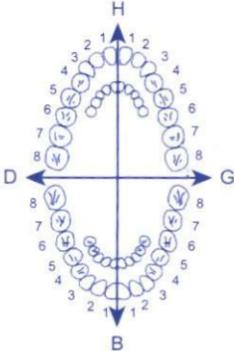
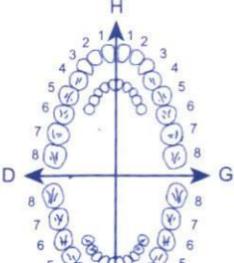
Roussei Mohamed



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des	Natures des	Nombre et	Montant détaillé	Cachet et signature du Médecin
Actes	Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes
21/05/2020	Cardiologue (U.L.B.) N°: 17, Place Charles Nicolle Cassa - Tél.: 05 22 48 44 01 Cassa - Tél.: 05 81 45 08 06	CS + AS	300 000	Dr. Mohammed CHAMI Cardiologue (U.L.B.) N°: 17, Place Charles Nicolle Cassa - Tél.: 05 22 48 44 01 Cassa - Tél.: 05 81 45 08 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
	27/05/2020	2327,50

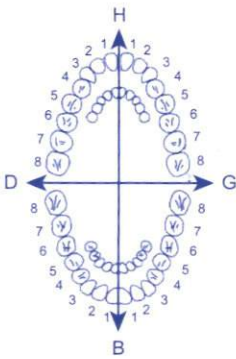
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important :</p> <p>Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan</p>																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														

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	
						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	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur CHAMI Mohammed

CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles

عيادة تشخيص واستكشاف
أمراض القلب والشرايين

دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

محاضر بكلية الطب بـجوكسكيل

Casablanca, le 05/05/2020

$f = 2327,50$

N° Reussi Nohane

$213,00 \times 3$

1) Cardiozel 10

$35,70 \times 3$

2) Kanedyne 100

$72,70 \times 2$

3) Adanor 10

$396,00 \times 2$

4) Inspra 25

5) Lantus

6) Corvasal 2

7) Mr Kroderum 5 patch

8) Ceramide 10

9) Codaone 1/2

10) Prazosin 1/2

15/; Nohane

1/2 4 x 2 1/2

1 p /; Nohane

1/2 4 /;

1 p /;

1 p /; son

1/2 4 / 2 pons

1 p /;

ROUÏSSI Mohamed
MLE. 451

1) **CARDIOGREL® 75 mg**
Clopidogrel



CARDIOGREL® 75 mg
Clopidogrel



CARDIOGREL® 75 mg
Clopidogrel



2) **KARDEGIC 160MG**
SACHETS B30
LOT : 20E008
PER : 07 2021
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
LOT : 20E008
PER : 07 2021
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
LOT : 20E008
PER : 07 2021
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

3) **Adancor® 10 mg**
30 comprimés sécables

COOPER PHARMA
PPV : 72,80 DH

Adancor® 10 mg
30 comprimés sécables

COOPER PHARMA
PPV : 72,80 DH

4) **INSPIRA 25MG 30 CPS**
P.P.V : 396DH00



INSPIRA 25MG 30 CPS
P.P.V : 396DH00



5) **CIVASTINE®**
Simvastatine
10 mg

PPV : 70DH00
PER : 11/20
LOT : H2395



6) **CIVASTINE®**
Simvastatine
10 mg

PPV : 70DH00
PER : 11/21
LOT : 12680



7) **CIVASTINE®**
Simvastatine
10 mg

PPV : 70DH00
PER : 04/21
LOT : 11042



8) **CORDARONE 200MG**
CP SEC B40



CORDARONE 200MG
CP SEC B40



9) **PREZAR® 50mg**
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



PPV : 84DH80
PER : 11/22
LOT : 12587

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



PPV : 84DH80
PER : 02/23
LOT : J622

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



PPV : 84DH80
PER : 11/22
LOT : 12537

213,00

213,00

213,00

89,70

89,70

70,00

84,80

84,80

70,00

84,80