

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

- Reclamation : 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. Siège : 70, Rue Fakhri El Azzouzi, Casablanca. Tél : 05 22 29 83 34, 05 22 29 84 30.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-537614

ND: 35566

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7357

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KERROUM Abderrahim

Date de naissance : 14-09-1963

Adresse : OULED AZZOUZ U6 N° 21 EL OULFA
CASABLANCA

Tél : 0615687865

Total des frais engagés : 456,30

Dhs

Cadre réservé au médecin

Dr. BENHIMA Touria
Endocrinologie Maladies
Métaboliques

Cachet du médecin : 70, Rue Fakhri El Azzouzi, Casablanca
Tél : 05 22 29 83 34, 05 22 29 84 30

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Kerroum Abderrahim

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'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 : 15/16/2022

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 la réalisation des Actes |
| 15/6/2020 | 2 | 1 | 3200 | DR. BENHIMA TOUATI Endocrinologie Maladies Métaboliques 0, Rue Felix et Max Guibaud 022.29.94.50 / 29.83 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE MOULAY AHMED Lot. 1 Unité 6 Oulad Azouz Casablanca - Tel. 022 65 86 08 | 15.06.2020 | 156,30 |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| VOLET ADHERENT |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p> |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | <div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> </div> | | <input type="text"/> | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | <input type="text"/> | |

Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous

الدركتور بنهيمه ثرية

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغذية - السمعة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولسترول - العقم

بالموعد

Casablanca, le 15/6/2020

Dr. Benhima Touria

24,40

Levothyrox 100

1 - 0 - 0



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

41,80

Avlocardyl

1/4 - 0 - 1/4



41,80

AVLOCARDYL®
40 mg
PROPRANOLOL

49,60

D - cure 100.000

1 capsule / 81 - 8
1 capsule / 13 mois



Tardyferon 80

2 cp / 8 / 1 mois

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

PPV : 40,50 DH

Dr. BENHIMA Touria
Endocrinologie Métabolique
70, Rue Félix et Max
Tél. : 022.29.83.54 / 05.22.29.84.50

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unité 6 Oulad Azouz
Casablanca - Tél. : 05 22 65 86 08