

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



MUPRAS

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

N° W19-489509

ND: 38725

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12365

Société :

Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

GHANMI IMAD

Date de naissance :

13/01/1983

Adresse :

Lot Nassim Résidence les chps 1 Im "P"

Tél. :

0662 766024

Total des frais engagés :

569,1

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

05 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade :

GHANMI IMAD

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection de Longue Durée

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 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 :

Casablanca

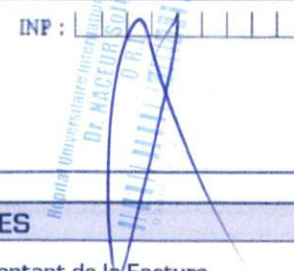
Le :

12 / 04 / 2020

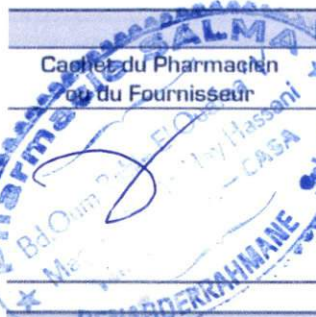
Signature de l'adhérent(e) :

[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
09/03/20	C-S		4300f	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/2020	269,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

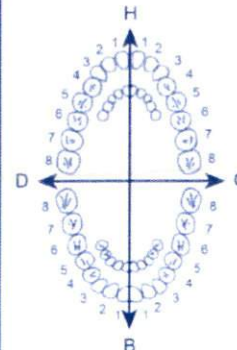
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 Il se réclan.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

وصفة طبية

Ordonnance

2022/03/09

Casablanca, le :

GHANDI F.M.



21.04



Polydexa

after

Sytn

2x/5 d 05 an

19.10

Risonel

7



1 ml

2x/5 d 15 an

44.04



Aler

7

1 cp

1x/5 d 15 an

36.04



Kipet

2x/5 d

30 g

le 15 d 15 an

47.04

Ortane

cp

26.10

2 cp

3x/5

15 an



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 09/03/2020

Quittance - Paiement espèces

0470282

IPP :

N° D'admission : Montant : 30014

Patient : Chami I Mad

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 32 642 / 2020 du 09/03/2020

Nom patient : **GHANMI IMAD**

Entrée 09/03/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 09/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation ORL	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

كوبريد[®]
بريد نيزولون

20 ملغ

3
لغ فلهل
5

عن طريق الفم
قرصا فوار

20

PHARMA 5

LOT : 190738
UT AV: 04/2022
PPV: 44,000H

LOT N°

LOT N°

(H)

10 ملغ
عبر القم

استيرين

1

قرصا مغلفا قابلا للكسر

14 x

ALER-Z[®] 10mg

14 comprimés pelliculés sécables



18 غ

b

bottu

82, allée des Casuarinas - Ain Sebia - G
S. Bachouchi - Pharmaciens Respons

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

PHARMA 5

LOT : 7172
UT.AV : 12-22
PPV: 36DH40

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

5
2ml
POLYDEXA®

Ne pas avaler



21,80



دازين 10.000 وحدة سرايتاز

08180474

PPV :
EXP :
Lot N° :



مختبرات سمنديك
20 - 22 زنفه زير بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants