

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.

Biologie 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

Déclaration de Maladie

N° P19-0036106

42459

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002054

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 21 RUE KADI BAKKAR Bd YACOB EL MANSOUR

CASABLANCA

Tél. : 06 11 774477

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av. Hassan II Marrakech
Tél 05 24 43 65 62

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2020

Nom et prénom du malade : DEBBAGH MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lumbago - MUPRAS

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 : 29/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCEPTE

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
29/07/2020	66C2	250		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Cyprès N° 127, L. Makhrouka Marrakech 40000 Tél: 05 24 43 02 03	30/07/2020	563,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

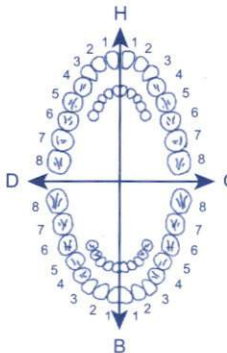
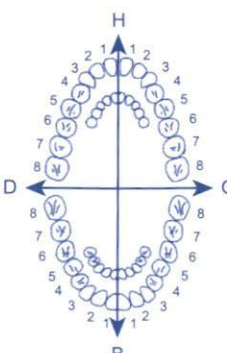
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> G 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Dr. Nouzha EL BAROUDI

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, Articulations, Tendons, Muscles, Rachis

C.E.S. de Biologie et Médecine du Sport

C.U. de Podologie

82, Avenue Hassan II - Marrakech

Tél. : 05 24 43 65 62

: 05 24 43 22 48

Fax : 05 24 43 01 73

الدكتورة نزهة البارودي

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

و الطب الرياضي

82، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48

: 05 24 43 65 62

الفاكس : 05 24 43 01 73

Marrakech, le : 29.07.2020

Mr DEBBAGH Mohamed

PROFENID 100 IM + COLTRAMYL IM

1 injection IM par jour pendant 6 jours

PROFENID 100 MG SUPPOSITOIRES

1 suppositoire au

RACIPER 20MG

1 gélule a jeun, pendant 14 jrs

GLUCOPHAGE 1000 mg cp pellic séc : Plq/90

1 le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois.

D-CURE 100 000 UI FORTE

Une ampoule tous les mois après le repas.

LOT 0783

PER 05 22

PPV 54.70 DH

LOT 0047

PER 06 22

PPV 55.70 DH

LOT 191915

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 200172

EXP 03/2023

PPV 28.00DH

PPV: 49/60 DH

LOT: 20006

EXP: 04/2023

LOT 191915

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191914

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191498

EXP 10/2022

PPV 28.00DH

Dr. Nouzha EL BAROUDI
RHUMATOLOGUE
82, Av Hassan II - Marrakech
Tél : 05 24 43 65 62