

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 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 : 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° W19-500750

47572

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAIMEZ - ABDELLAH

Date de naissance : 20-05-1974

Adresse : Ime G.N° 16 ELALIA HAY ELLOUFA CASA

Tél. : 0662339130 Total des frais engagés : 530, 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : KAIMEZ, TAHIR

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : infection respiratoire

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 : 16/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/10/2020	CEN	1	20000	DNP : [] Dr. HACHCHI Rachid 95, Avenue de la Méditerranée Générale Casa - T. 05 27 19 43 96

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmasenseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/20	330,00

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

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX																							
					MONTANTS DES SOINS																							
					DEBUT D'EXECUTION																							
					FIN D'EXECUTION																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																												
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D	G																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
					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

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa – CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

الدكتور الحريشي رشيد
الطب العام

295, شارع وادي تانسيفت (24, مجموعة E)

حي الألفة – الدار البيضاء

الهاتف : 0527 19 43 96

Casablanca, le 26/10/2020 : الدار البيضاء، في

45,80

Celestene 4mg

57,00

x3

Triaxan 500

Celestene 4 mg/1 ml

STRIAXON® I.M.
500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6118000061234

611 800115 008 3

CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.

P.P.V. : 45,80 DH

Distribué par MSD Maroc

B.P. 136 Bousekoura

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

LOT: P-03-3
PER: 04-2022
PPV: 57,00DH

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

79,90

doublet

1st 4th

19,00

Febrex shen

14,40

1st 7th

Dolipran 500

330,10

1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th

CLAVULIN
AMOXICILINE CLAVULANIQUE
RESPECTER LES DOSES
7 mg/62,50 mg

PPV: 79,90 DH

LOT: 610824

PER: 05/21

INFANT

(s) ROS DAT

PHARMED

LOT: 7069

UT.AV: 12-22

PPV: 19DH00

Enfant

Dolipran

PARACETAMOL

500

14,40

Dr. HRICHI Rachid
Medicine Generale
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca
Tél : 05 27 19 43 96