

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 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° W1010210000
RECEPTION

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : IKHALLIA. MUSTAPHA
Date de naissance : 12/11/1964 RETRAITE
Adresse : 42 PAS GIE 13 MAY 2 TISSIR BERCHID
Tél. : 06 33 49 38 55 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

TAIB Karim
OMNIPRATICIENNE
70 Bd. Hassan II Tissir I - Berrechid
Tél: 0522 32 89 29

Date de consultation : 08/03/2020
Nom et prénom du malade : Ikhalia Mustapha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lumbago
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 09/03/2020
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 Médicin attestant le Paiement des Actes
08/03/2020	2		10,00	Dr. TAIB KALMA NIP : 1011111111 OMNIPRATICIENS 70, Bd. Hassan II Tissir - Berrechid Tél.: 0522 32 89 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.03.2020	389,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

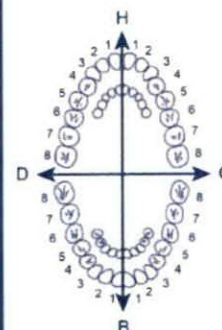
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

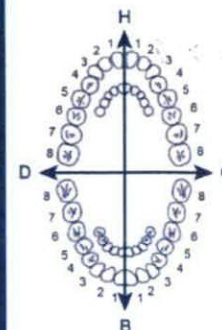
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

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. TAIB Karima

Medecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie à Casablanca

Ex Interne à la Maternité

du CHU AVERROES Suivi de grossesse
Echographie - ECG

الدكتورة الطيب كريمة

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخليا سابقا بقسم التوليد

بمستشفى ابن رشد

تتبع الحمل - الفحص الداخلي بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Berrechid le 08/03/2020

ORDONNANCE

Kah la bya Antibio

56.60

⑤

Ampiciline

1g IN

70.50

51.24

Feldene

1g IN

76.548

Nalgen

1g IN

82.24

Venitab 200

2 Comen le 08/03/20

53.24

Relanol

1g IN

1g IN



70, شارع الحسن الثاني، حي التيسير 1 (قرب محطة طاكسيات الكارة) - برشيد

70, Bd HASSAN II, TISSIR I (Près Taxis Gara) - Berrechid

Tel : 05 22 32 89 29

20064
 NOVOPHARMA
 LOT
 82.00
 1521
 321



FELDENE® I.M.
20mg Piroxicam

UT. AV: 02 2024
 LOT N°: F190305501

P.P.V

70 50

70.50

09366063/9

RELAXOL 500MG/2MG
 CP B20
 P.P.V: 33DH 10
 LOT: 19F002
 PER: 06 2022



611 800115 013 7
 DIPROSTONE 1 Seringue
 P.P.V: 56,60 DH
 AMN: 235DMP/21/NTT
 Distribué par MSD Maroc
 B.P. 136 Bouskoura

0

76.00



أنابيب من

LO: 076477
 UT AV 06 20
 PPV 57.00 DH