

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.
Une autorisation 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Préambule :

Une autorisation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le suivi radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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° W19-461447

56891 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 6418 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEJJARI RACHID

Date de naissance : 10/06/1983

Adresse : 14 ALKORONPAL Hay Harba Beni Mellal

Tél. : 0661321024 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2022

Nom et prénom du malade : NEJJARI YASMINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : NEJJARI YASMINE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : N/A

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-461447

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Couper à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS
22 DEC. 2021
ACCUEIL SIEGE RAM

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/01/21	5	15 M	INP 094020529

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Avicenne	10/01/21	449.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du ire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL	10/01/21		780.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
		[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS []													
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []													
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

Dr RAFIK MARIYA
 Spécialiste en médecine interne
 Maladies Systématiques
 Grands Syndromes
 Maladies Rhumatologiques
 Maladies du Sang
 Ex Médecin
 à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd
 Casablanca



الدكتورة رفيق مريّة
 اختصاصية في الأمراض الباطنية
 الأمراض المجموعية
 الأعراض الكبرى
 أمراض الروماتيزم
 أمراض الدم
 طبيبة سابقة بمستشفيات
 مولاي يوسف و ابن رشد
 الدار البيضاء

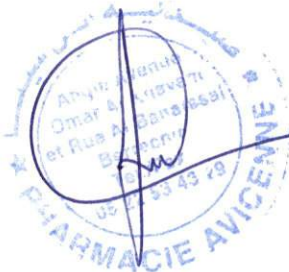
برشيد في : Berrechid le : 15 Janv 2021

Nelle NEJJARS YAROUNA

40.50 x 8
 1) Tardif 80
 1 ct x 213 → 6 ms

20.90 x 6
 2) V.10 200 000 us
 1 mp 1.10 x 6
 =

449, 40



Dr RAFIK MARIYA
 Spécialiste en médecine interne
 Maladies Systématiques Rhumatologiques
 Adresse 07 Avenue Okba Ibn Nafaa RDC

Avenue Okba Ibn Nafaa RDC Berrechid

شارع عقبة ابن نافع الطابق السفلي - برشيد

Tél : 0522 32 55 94

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH

Dr RÂFIK MARIYA
 Spécialiste en médecine interne
 Maladies Systématiques
 Grands Syndromes
 Maladies Rhumatologiques
 Maladies du Sang
 Ex Médecin
 à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd
 Casablanca

الدكتورة رفيق مارية
 اختصاصية في الأمراض الباطنية
 الأمراض المجموعية
 الأعراض الكبرى
 أمراض الروماتيزم
 أمراض الدم
 طبيبة سابقة بمستشفيات
 مولاي يوسف و ابن رشد
 الدار البيضاء



برشيد في : 07 Janv 2021
 Berrechid le :

Nel NEJJARI / YASSMINE

1) NGL CRP

2) Col leuco xlg

3) ILMIE MIC

4) Nephre femme

5) TIRSEKTIK TCR

6) ALHUSSEIN

LABORATOIRE SEKKAI
 D'Analyses Médicales
 Réception
 07 22 32 55 94
 Spécialiste en Maladies Internes
 Maladies Systématiques
 Maladies Rhumatologiques
 Maladies du Sang



Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2021-00362

Patient : Mlle NEJJARI Yasmine

Edité le : 08/01/2021

Date prélèvement : 08/01/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES (NFS)	80	80,00
EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION	40	40,00
EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION	40	40,00
Albumine sérique	60	60,00
Calcium	30	30,00
Lipase	150	150,00
Potassium	30	30,00
25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450	450,00
C Réactive Protéine (CRP)	100	100,00
Total B	980	980,00
APB	1,0	0,00
Total de Remise effectuée		200,00
Total		780,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent quatre-vingt dirhams***

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Réception
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid