

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.

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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 ALQ :

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'Hôloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008742

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00292 Société : RAM 58631

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKDIO Jhanni

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																			
				Coefficient des travaux																		
				Montant des soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																			
			Fin d'exécution																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		P 17/0063203	 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Cachet MUPRAS



P 17/0063203

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>00296</i>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <i>BAKDI THANI</i>			
Fonction	Phones <i>Reliant</i>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>BAKDI THANI</i>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie <i>Diabète ID</i>			Date 1ère visite <i>24.12.20</i>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>C 2</i>		<i>2500H</i>	
PHARMACIE	Date <i>6/12/2020</i>		
Montant de la facture		<i>1473,40 DH</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreur
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدركتورة ف. ز. بن عباس (التعارجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 04/12/2020

BAKDID THAMI

- Lantus solostar 100u/ml
12 UT MATIN AVT REP 3 MOIS
- Glynorm 1 mg
1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AVT REP 3 MOIS
- EPYCA 75 mg
1 COMP X 2 PAR JOUR AP REP X 3 MOIS
- Dermofix 2%
2 APP / J
- Dermofix 2%
2 APP / J
- Mycoflu 150 mg
1 GEL / SEMAINE

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence): 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@t

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain sebaâ Casablanca
 Lantus 100U/ml, Inj b5 sty
 P.P.V : 744,00 DH
 6 118001 081615

51,70
 ↑

51,70

51,70
 ↗

LOT 201803 1
 PER 06/23
 PPV 87DH30

LOT 201803 1
 PER 06/23
 PPV 87DH30

LOT 201803 1
 PER 06/23
 PPV 87DH30

LOT 201803 1
 PER 06/23
 PPV 87DH30

LOT 201803 1
 PER 06/23
 PPV 87DH30

LOT 201803 1
 PER 06/23
 PPV 87DH30

51,70
 ←

51,70
 ↘

(PPV: 75DH10)

يق الفم

(PPV: 75DH10)

لغة الفم

(PPV: 75DH10)

يق الفم

LOT 200008
 PER 06/23
 PPV 87DH30

87,30

→ 34,40

LOT: 063
 PER: SEP 2023
 PPV: 22 DH 40

PHARMACIE SOUFIANE
 Groupe K Rue 15 N° 23/25
 EL Oulfa - Casablanca
 Tél : 05 22 89 09 63
 I.C.E : 000500246000026