

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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

: contact@mupras.com

@mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0038181

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NOURI MOSTAFA
Date de naissance : 10.03.1955
Adresse : DAR ELHOU Rue 6 n° 7 CABA
Tél : 0661 88 62 44 Total des frais engagés : 1275,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 03 / 2021
Nom et prénom du malade : BOUK DOUSS AYOUB Age : 1955
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : PID avec début de fibrose
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 : CABA Le : 23 / 03 / 2021
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

2310362021

Cs

25014

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/21	1275,60

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

23 | 03 | 21

1275.60

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

LM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

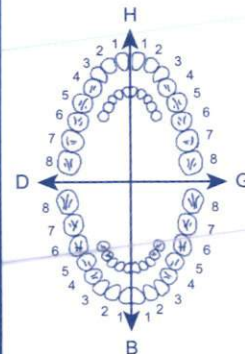
Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

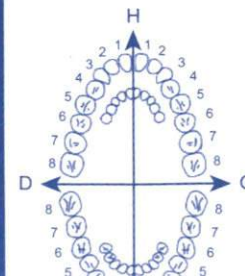
COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	2553412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	3553411		11433553

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



Dr. Mahboub Fatima Zahra
Pneumo-phtisiologue | allergologue



الدكتورة محبوب فاطمة الزهراء
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية

Asthme - Allergie
Tests cutanés
Pathologies liées au tabac
Arrêt du tabac
Tuberculose
Spirométrie - Bronchoscopie
Pathologie du sommeil
Pathologies professionnelles

الربو (الضيق)، الحساسية
إختبار الحساسية
أمراض التدخين
الاقلاع عن التدخين
مرض السل
فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار
أمراض النوم
الامراض المهنية

ct = 30/03/2021

cs = 23/06/2021

Ordonnance

Casablanca Le : 23/03/2021

Lot n° 008P081B
Pér.: 05-2023

P.P.V: 45 DH 30

Nom :

Amina Buktouss

LOT: GB00871
PER: 05/2023
PPV: 185 DH 00

$2 \times 45,30 = 90,60$

①

Budavent spray

a (09h
15h
21h
+ 03h)

5

2 bouffées x 4

LOT: GB00855
PER: 05/2023
PPV: 185 DH 00

plus 2 bouffées si gêne respiratoire

$2 \times 315,00 = 630,00$

②

5

Fluonil longp

PPV : 210,00 DH

PPV : 210,00 DH

1cp 1h après diner

$3 \times 185,00 = 555,00$

③

Soflu 280 mg spray

a (09h
21h)

2 bouffées matin (03 fois)

PPV : 210,00 DH

- ④ Basen cp = $1q \times 3/s$ (06s)
- ⑤ Factive cp = $1q / s$ (05s)

DI FANNA ZAHRA MAHARITA
 Pseudonym: ...
 212, 1st étage, May ...
 Bu Temara, ...
 Tel: 022 506 ... / 022 506 443