

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

- Reclamation : 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 - Tel : 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° W21-623201

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **623**

Société : **R.A.M**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : **EZZAHAF YOUSSEF**

Date de naissance : **29-03-81**

Adresse : **Hay Hassani - Casablanca**

Tél. : **0610-03-20-40**

Total des frais engagés : **462,78 DHS**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NADIA BOUKHOUIMA
Bloc 601, N° 664 Derb el Wanda
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 22 92

Date de consultation : **29-03-21**

Nom et prénom du malade : **EZZAHAF YOUSSEF**

Age : **40 ans**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : **Arthrose - Anorexie**

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) :

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
29-03-21		C	150,00	INP : 09 1037 6557 Dr. Nadia BOUKHOUM Bloc 601, N° 664 Derb El War Hay Hassani - Casablanca

Mr. Nadia BOUKHOUMA
Bloc 601, N° 664 Derb el Warda
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MERINI 13 Diyar El Menzeh 2 Lissasfa - Casablanca Tel: 0522 65 13 99	29/12/21	311,70

PHARMACIE MERINI
Rue 13 Diyar El Menzeh 2
Lissasfa - Casablanca
Tél: 0522 65 13 99

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

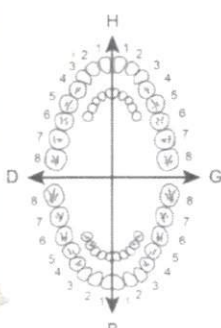
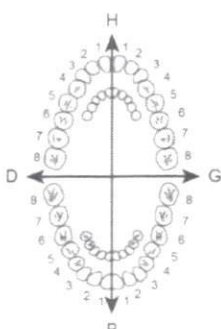
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>{Création, remont, adjonction}</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Nadia BOUKHARJIA
CHIEF JUSTICE

الدكتورة نادية بوخويمة
طبيب عام
أطفال - نساء - رجال
دبلوم في الإيكونوغرافيا
عضو الجمعية المغربية
للأخصائين بالصناديق

الدار البيضاء

Le 29/03/2021

Dr. Nadia BOUKHOUMA
N° 601000009 - 2008
Hassani - 22 96 43 00

2244AF

Частина.



6 118001 103041

Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
43, Rue Mohamed Dineur - Casablanca

PPV : 40.50 DH

21 22 23 24 80 - 40,500



6 118001 103041

PPV : 40.50 D

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOU

C

2 cp - 1 cp (AP)
+ 2 mas.
28.70



6 118001 10304 1

○

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA

V : 40.50 DH

Effortil
30 gts

3x

PPV: 28DH70
PER: 04/25
LOT: J1218



6 118001 103041

1

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacie Responsable : Amine DAOU

PV : 40.50 DH


Stimol - (nes)

LAB 8h - 14h-2d

LOT: 0324
PER: 02 2024
PPV: 46.00DH

Pharmacie Responsable: Amira El Menaie

U

orosthi 
 Las - 0

7500

COOPER PHARMA
PPC : 75,00 DH

Dr. Nadia BOUKHOUMA
Bloc 601, N° 664 Derb El Warda
Hay Hassani Casablanca
Wardah Hay Hassani Casab

TOTAL: 3M, 70

664, Bloc 601 - Derb El Wajda Hay Hassani Casablanca

664 بلاك 601 درب النوردة الحمى الحسنى الدار البيضاء +212 5 22 93 43 03 ☎