

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 - 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° W19-579055

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00673 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AOUAD MIHAMED
 Date de naissance : 11-12-1943
 Adresse : 256 BOULEVARD DE BORDEAUX ETG 5 APPT 10/10 CASABLANCA
 Tél : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés : 106,53 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14-08-2021
 Nom et prénom du malade : BAZIB LAHICA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint
 Nature de la maladie : NCS de l'estomac
 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 : CASABLANCA

Le : 14/08/2021

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
14-08-2012				INP : 0911016568 Dr. AIT BAHOU Khadija Anesthésiste - Radiologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

SELARL PHARMACIE DU MARCHÉ
Dr RAYHANE Naïma
Tél : 01 46 80 02 43 - Fax : 01 46 81 50 48
108 avenue Paul Vaillant Couturier
94400 Vitry-sur-Seine
R.C.S. : 842 508 467 Créteil
CPAM : 94 2 016 791

106,53

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

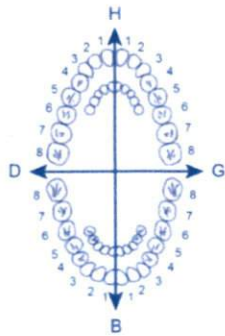
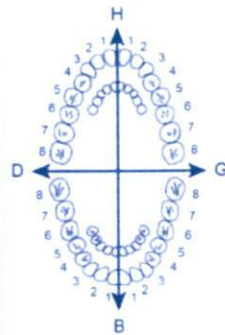
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table> <tr> <td>H</td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td>B</td></tr> </table>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le 14-08-2021

الدكتور آيت باحو خديجة
 Dr. AIT BAHOU Khedija
 Anesthésiste-Réanimateur

mm Lafila Bazib

Cervix Augmentation

05 boily

(D2)

SELARI PHARMACIE DU MARCHÉ
 Dr RAYHANE Naïma
 Tél. : 01.46.80.02.43 - Fax : 01.46.81.30.46
 108 avenue Paul Vaillant Couturier
 94400 Vitry-sur-Seine
 R.C.S. : 842 508 467 Créteil
 CPAM : 94 2 016 791

2X52,04 €

الدكتور آيت باحو خديجة
 Dr. AIT BAHOU Khedija
 Anesthésiste-Réanimateur

Dr Ait bahou.
 Polyclinique Atlas
 ACCUEIL
 27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél. : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

CASA . b. 28/08/2021

AOUAD M'HAMED

N° 0683

M.R. le Président de la MURAS

Monsieur,

Je porte à votre connaissance que ma défunte femme.
pendant son dernier séjour à la Clinique Atlas par médecin
traitant lui a prescrit un vitamine Genivit pour se
remettre et a été donné que elle souffrait d'un Néo de
l'estomac.

Je vous prie de ^{bien} vouloir donner votre accord
pour le remboursement de cette prescription.

Veillez agréer Monsieur le Président l'expression
de mes salutations les plus respectueuses.

Signe

AOUAD M'HAMED



PHARMACIE DU MARCHE
 Naina LAHRECH
 108 avenue Paul Vaillant Couturier
 94400 VITRY S/ SEINE
 Tel: 0146800243
 N° SIRET: 34252846700011
 Code NAF: 4773Z - FR02842508467
 FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: AQUAD SARRA
 Ordonnance 256661

3400335657190	4	2	52,04	104,08
CERNEVIT PDR SOL INJ 5ML BT 10(402176)				
Du(s): 2x				
	4	2	1,02	2,04
-honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
-honor. dispens. HDR				
Total TTC				106,63

Vente Directe

4030300002639	6	1	3,90	3,90
VICKS BCNBN TRIPLE ACTION 72G				
Total TTC				3,90
A Payer				110,53

TOTAL A PAYER : 110,53 (725,03F)
 Montant HT : 107,63

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	104,437	2,193	106,63
6	20,00	3,250	0,650	3,90

DB : 110,53

Le 15/08/2021 à 12h55 Op. : 3 Auguste

Montants exprimés en Euros

A BIEN
 MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 104125/416977

B17/0106-R2

127/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AANC/AAME
 /2.13.1.2.R6-14E/1