

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

entaire :

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 - 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

avec par mail accessible
Déclaration de Maladie

N° P19- 0043295

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/54

Adresse : Lot annaba rue 2 N° 43 Hay Khenia

Tél. : 0662 014171 Total des frais engagés : 695,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/08/21

Nom et prénom du malade : SLAMNI Rachida Age : 67 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

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 : CASA

Le : 27/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
27-08	C		G	Dr. EDDAHMED Othmane Service des Urgences Hôpital M. SEKKAT Chok - Coudjessou

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27/08/2021	27/08/2021	62580

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

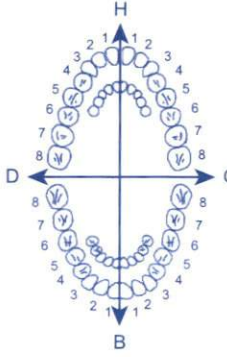
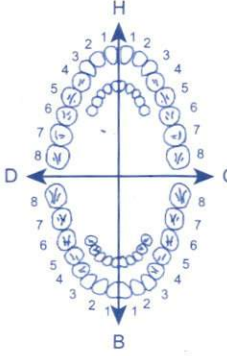
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE MEDICALE

Le 21/08 / 2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH

6 118001 082070

HYDROXYCHLOROQUINE 200mg Cp

1 Cp Matin 1 Cp le soir pendant 7 jours

4-THROMYCINE 500 mg Cp

1 Cp le 1^{er} jour puis 1/2 Cp / Jour du 2^{eme} au

VITAMINE D 100.000 ui par voie orale

1 dose par semaine pendant 2 semaines

VITAMINE C 1000mg Cp

1 Cp Matin 1 Cp le soir pendant 15 jours

ZINASKIN 45mg Cp

1 Cp /jour pendant 15 jours

CARDIOASPIRINE 100mg Cp

1 Cp/jour

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

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

PPV : 79DH70
PER : 08/24
LOT : K2171

PPV : 79DH70
PER : 07/24
LOT : K2112

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

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

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

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

N° LOT : L 0534

DATE DE PER : 10 / 23

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Lot :
Biofar ACE SELENIUM ZINC BTE 20
PPC : 89.00

Ut Av : 05/2024
Lot : 1098/15

IPHADERM

3 760049 895476

Poids net :
Net weight :
الوزن الصافي : 90g

Biofar ACE SELENIUM ZINC BTE 20 in :
PPC : 89.00

Ut Av : 05/2024
Lot : 1098/15

IPHADERM

3 760049 895476

Poids net :
Net weight :
الوزن الصافي : 90g

CONFINEMENT STRICT A DOMICILE PENDANT UNE
TRAITEMENT.

RESPECT DES REGLES D HYGIENE INDIVIDUELLE E
OBLIGATOIRE ET DISTANCIATION SOCIALE.

PENSEZ A VOUS FAIRE VACCINER.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

625.80

Pharmacie KRIMAT
Mohamed Fayçal KHAITABI
Docteur en Pharmacie
341, Bd. Panoramique
TEL-FAX: 024 24 71-24-24