

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-607930

96 309

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KAIMEZ - ABDELLAH
Date de naissance : 20-05-1974
Adresse : Im. G N° 16 ELAHA MAYELOULFA CASA
MAROC
Tél. : 0662339120 Total des frais engagés : 2404,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 13/12/2021
Nom et prénom du malade : KAIMEZ ABDELLAH Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète type II + Pneumopathie
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 : 13 / 12 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


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.

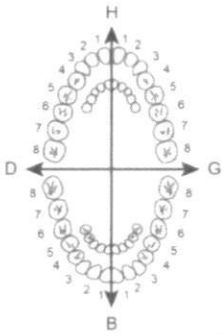
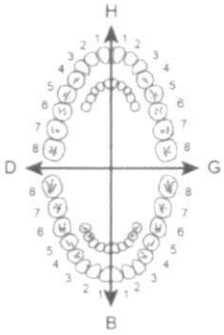
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
13/12/2021	C1			INP : <u>INPE 091076893</u> Dr. HRICHI Rachid 295. Av. Ched Tansifi Cité El Oulfa Casa - Tél : 06 66 80 76 66 INPE 091076893

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/2021	2204,60

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 : Veuillez 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 : <u> </u>														
				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"> <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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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														

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشي رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : 13 جبر 2021

Mr KASMEZ ABDELLAH

17,00 x 3

1) Diaformine 850 mg (09)

109,00 x 4 2 cp x 2 lj

2) Fibrocard 280 mg (04 Boites)

390,00 x 2 1 gélule lj

3) Galvus 50 mg (02)

10,30 x 3 1 cp lj

4) Delysine 500 mg (03 Boites)

132,00 1 cp x 2 lj

5) Maxilar 1g

131,70 1 sachet x 2 lj pdt 08

6) Nasonex 50 µg

1 pulv x 2 lj

Minigranules	LOT 19C06 2
	EXP 03 2023
	PPV 100.00 DH
LOT 21D29 2	EXP 03 2023
EXP 04 2025	PPV 100.00 DH
PPV 100.00 DH	
LOT 21D29 2	EXP 04 2025
EXP 04 2025	PPV 100.00 DH
PPV 100.00 DH	

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

PPV: 10DH30
PER: 02/24
PPV: 10DH30
PER: 02/24
PPV: 10DH30
PER: 03/24
LOT: K90

PPV: 132DH00
PER: 06-22
LOT: J1532

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.F.V: 131.70DH
Distribué par MSD Maroc
6 118001 150199

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)
Cité El Oulfa - Casa - Tél. : 0666 80 76 66
INPE 091076893

7) 75,50
Buspiazole

68,80 x 5 7cp x 2

8) Odia 4mg

27,50 x 3 7plj po

9) Sparfon cp

22,00 x 3 7cp x 3

10) Clartec 70m

74lj
2204,60

DR. HIRSH
Medicine
295. Av. Oud Ta
Casa - Tel :
INFE : 0

LOT211751 1

EXP 07 2024

PPV 68 80

EXP 07 2024

PPV 68 80

LOT211751 1

EXP 07 2024

PPV 68 80

LOT211751 1

EXP 07 2024

PPV 68 80

LOT211751 1

EXP 07 2024

PPV 68 80

PPV 750H50
PER 05/23
LOT K1390

27,50

27,50

27,50

22,00

22,00

22,00