

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 - 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

Déclaration de Maladie

M22- N° 004203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZAYANI MUSTAPHA

Date de naissance : 19/04/1952

Adresse : 67 FAKH2 / N° 21 Sidi Naayef

Tél. : 0661106716 Total des frais engagés : 1546,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nouredine ELMGHABBAR
NEPHROLOGUE
5, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen
Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca

Date de consultation : 26/04/2022

Nom et prénom du malade : Sidi Naayef

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance rénale

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 23/05/22

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
26/04/2022	C2		300,00	<p>Dr. Mohamed ELMGHABBAR</p> <p>NEPHROLOGUE</p> <p>1, Rue Pasquif Bd. Abdelmoumen</p> <p>Tel: 05 22 99 79 80 - Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Ma Pharmacie</p> <p>30 Bis, Fath El Sidi Maarouf</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel: 05 22 78 62 05</p>	02/04/2022	<p>Ma Pharmacie</p> <p>30 Bis, Fath El Sidi Maarouf</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel: 05 22 78 62 05</p> <p>1246,80</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Ma Pharmacie</p> <p>30 Bis, Fath El Sidi Maarouf</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel: 05 22 78 62 05</p>			

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 :

Veuillez 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															
				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>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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nouredine ELMGHABBAR

NEPHROLOGUE

Titulaire du C.E.S.
Diplômé de l'Université de Lyon
Ex : Attaché au C.H.U de Lyon
Chef de service à la Polyclinique CNSS



090001181



الدكتور نور الدين المغبر

إختصاصي في أمراض الكلى
الكلية الإصطناعية
خريج جامعة ليون
سابقاً : ملحق بالمستشفى الجامعي بليون
رئيس قسم أمراض الكلية بمصحة ص.و.ض.ج

Casablanca, le 21/04/2015

ISKALILATI EPELNAZYANI RAY

Traité par

Tris

(20/00x5)
Ma Pharmacie
30 Bis, Fath II Sidi Maârouf
CASABLANCA
Tél : 05 22 78 62 05
43.20

1200
1200
1200



1200
1200
1200

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Ma Pharmacie
30 Bis, Fath II Sidi Maârouf
CASABLANCA
Tél : 05 22 78 62 05
1246.80

Dr. Nouredine ELMGHABBAR
NEPHROLOGUE
15, Rue Pasquier, Bd. Abdelmoumen
Tél : 05 22 99 43 79/80 - Casablanca


 LOT 221063
 EXP 12/24
 PPV 1200H00
 28 comprimés pellic


 LOT 221063
 EXP 12/24
 PPV 1200H00


 6 118001 040043
 Fabricant :
 HERMES PHARMA GmbH
 ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
 AUTRICHE
 BOTTU SA PPV : 107 DH 70

43,20

43,20

43,20

43,20

43,20

120,00

120,00

Dr. Montebello ELMGHARBAR
 NEPHROLOGUE
 100 - 1000 - 1000 - 1000