

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 - 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

N° W21-656834

120511

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3121

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BELGHOUAT EL HASSAN

Date de naissance :

31/05/1956

Adresse :

OP. OUM RABIE IM. F N°1 MASSIRAS
MARRAKECH

Tél. :

0666053579

Total des frais engagés :

968,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Farid BADRI
Pneumologue - Allergologue
Tabacologue

Cachet du médecin :

Av Abdelkrim EL Khattabi Rés Rokaya
Bloc B N°25 Marrakech
Tél. 05 24 42 01 37

Date de consultation :

22/03/2022

Nom et prénom du malade :

BELGHOUAT Meriem

Age :

18

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Asma

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 :

MARRAKECH

Le :

1

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-656834

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

3121

Nom de l'adhérent(e) :

BELGHOUAT

Total des frais engagés :

968,40


Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
22/3/22		03	250,00	INP : 0712012339

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/3/22	218,40

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	

VOLET ADHERENT

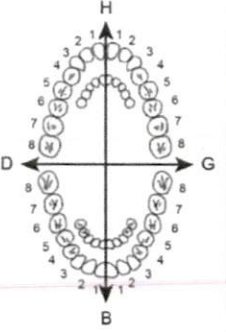
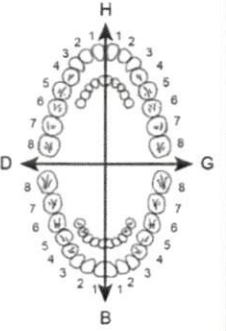
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Farid BADRI

Spécialiste des maladies
respiratoires, allergies et tuberculose
Spécialiste dans le sevrage tabagique
- Université de BORDEAUX -

- Tests cutanés allergologiques
- Exploration fonctionnelle respiratoire
- Fibroscopie bronchique



Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

د. فريد بدري

إختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي الحساسية والسيل
إختصاصي في الإقلاع عن التدخين
- جامعة بوردو -

- التحليلات الجلدية للحساسية
- فحص الوظيفة التنفسية
- منظار القصبات الهوائية

Marrakech le 22 mars 2022

Mme BELGHOUE MERIEM

225,00
FORACORT 400 SPRAY

2 bouffées x 2 par jour pendant 3 mois
ET 2 bouffées en cas de gêne respiratoire
se rincer la bouche après

210 x 2 = 420
AIRFASTEC 10 MG CP

1 cp par jour le soir x 3 mois (1 heure avant dîner)

ERLUS 5MG/28 COMP

73,40
1cp /j le soir pdt 3 mois (après dîner)



Dr Farid Badri
PNEUMOLOGUE

Dr Farid BADRI
Pneumologue, Allergologue
Tabacologue
Av Abdelkrim El Khattabi Rés Rokaya
Bloc B 25 - Marrakech
Tel: 05 24 42 01 37

180, Bd. Abdelkrim El Khattabi, Rés. Rokaya, Bloc B, 3^{ème} Etage, N° 25, Guéliz - Marrakech

INPE: 071201597 ICE : 002068362000036 Patente: 45101043

+212 5 24 42 01 37 ☎ +212 6 66 08 92 13

@DrBadriPneumo

cabinetfaridbadri@gmail.com

PPV
LOT
PER

73,40



GTIN 18901117248899
LOT 1B10791
EXP 07/2023
S/N 15112257809295

PPV : 225 DH 00

AMM N°: 284/17DMP/21/NNP

N° Lot: 0YU001
Fab. : 12/2020 P P V 210.00 MAD
Per. : 12/2022



AMM N°: 284/17DMP/21/NNP

N° Lot: 1YU002
Fab. : 07/2021 P P V 210.00 MAD
Per. : 07/2023

