

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.



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

Declaration de M:

N° W21-632108

121749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4885

Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MABROUKI ABDEENBI

Date de naissance : 06-03-1954

Adresse : 1660, Rue Poirey, Apt 4, Saint-Louis
Marrakech, HLL 111 (Guz), CANADA

Tél : 001 514 557 9144 Total des frais engagés : 80.78 \$ CAN

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14-01-2022

Nom et prénom du malade : BOULMAL Amina

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie : Diabète chronique Diabète type 2

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : Marrakech

Le : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Indépendance - 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ains

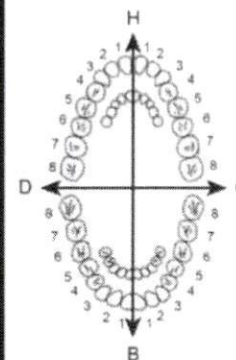
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

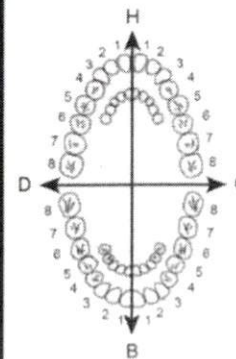
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARM
1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARMAC
1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222

BOULMAL, AMINA
12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644



(A) 101 (B)
(C) 20.78 (D) 0.00
4 65220 92176 2

BOULMAL AMINA

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7

Comptoir



514-557-9644

Total 1 Rx**20.78 \$**

Imprimé le : 14 jan. 2022 14:23

4 70000 43016 7

33

60 PRO METFORMIN 500 MG, CO
Dr ACHKAR, M. (184526)
Ren avant 10 mai 2022

Rx **1018218-5143**
14 jan. 2022
DIN 02314908

Prix
total

Ass.

Montant
assuréMontant
non assuréContribution
de l'assuréMontant payé
par l'assureur

Franchise

Co-Ass

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

20.78

RAMQ

20.78

0.00

20.78

0.00

0.00 \$

Total à payer**20.78 \$**

RAMQ Réf: 4108434538-87192

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien		
Pour le médicament	Au distributeur	Total
1.48	0.10	1.58

Honoraires professionnels
19.20

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
1.58	20.78

Reçu Original