

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 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° W19-408806

141867

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003656 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUARIT ABDELKRIM

Date de naissance : 12/08/1959

Adresse : LOT AL KHOZAMA EL N°83 Lissasfa

Tél. : 0661722705

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/08/2022

Nom et prénom du malade : HAFIDA ABY HASSAINE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gastero-entérite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

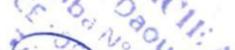
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 21/08/2022

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
19/11/22	✓	e	153,50	INP : 0911184492 طبيب نسيم عبد عسكري سابق بلوك (ب) 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/12	23320

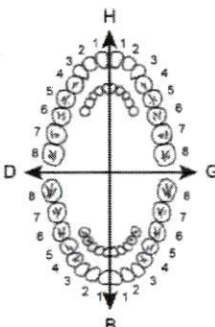
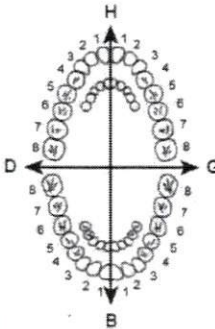
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 													
				MONTANTS DES SOINS 													
				DEBUT D'EXECUTION 													
				FIN D'EXECUTION 													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 21433552		00000000 00000000		D G		00000000 00000000		35533411 11433553		B
	H																
	25533412 21433552																
	00000000 00000000																
	D G																
	00000000 00000000																
	35533411 11433553																
	B																
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			MONTANTS DES SOINS 													
			DATE DU DEVIS 														
			DATE DE L'EXECUTION 														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A Caru, Le : 19/11/22

PHARMACIE ANNASSIM
36 Oued Daoura Lotissement
Habiba N°62/2 Ouffa casa
ICE : 002042097000024
Tel : 05 22 96 84 58

HARINA ABou - HASSAINE

- 2290 1) Loperuid gl 19/3/11
- 32100 2) Morpa 524 19/12/11
- 64150 3) Rauciplax 20/14 19/12/11
- 441 4) Flapyl 500 19/2/15
- 60000 5) Aximycar 199 19/2/15

PHARMACIE ANNASSIM
36 Oued Daoura Lotissement
Habiba N°62/2 Ouffa casa
ICE : 002042097000024
Tel : 05 22 96 84 58

233,30

الدكتور وليد عبد الحميد
طبيب عسكري سابق

لوحات 2 بلوك (ب) رقم 341 الحي الجديد
الدار البيضاء المحمول : 0668.14.62.00

انسيفيكس
رايسرازول الصودي

RANCIPHEX® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



61180011300792

 **Ranciphex**
Rabéprazole sodique

20 mg

14 Comprimés
gastro-résistants



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
NO-SPA 40MG/2ML AL 2ML B5
P.P.V. : 32D100



61180001061335

PFV: 22DH90

PER: 07/25

LOT: L2661



FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V. : 49DH80
LOT: 226813
PER: 03/2027



61180001060062

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PFV 64DH10

LOT 260074
EXP 08/2024