

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.

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

N° W21-633598

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KIRI JAOUAD
 Date de naissance : 14/09/57
 Adresse : HABITUE
 Tél. : 0661533313 Total des frais engagés : 5903 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RACHIDA MOUSSA
 RHUMATOLOGUE
 144 Bis Avenue Mohamed Diouri
 N° 3 - KENITRA
 Tél : 05 37 37 62 81
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/12/2022
 Nom et prénom du malade : KIRI MINA Age : 61 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : lombalgie bilatérale + neuropathie
 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 la demande 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 : 27/12/2022 Le : 27/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) : KIRI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-633598

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7008
 Nom de l'adhérent(e) : KIRI JAOUAD
 Total des frais engagés : 5903
 Date de dépôt : 27/12/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Forfait des Actes
21/11/2022	cz		3000H	INP: 051114437 INP: 051114437 Dr. RACHIDA MOHAMED DIO RHUMATOLOGUE Bis Avenue Mohamed Dia 3 - KENitra 36281

INP **LEVVLLISO: INBSA**
Dr. RACHIDA MOUNSA
RHUMATOLOGUE
144 Bis Avenue Mohamed Diouri
N° 3 - KENIRA
Tél: 05 37 74 62 81

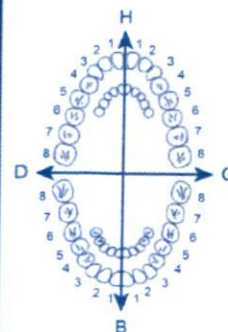
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAHIRI MOUNIR SARL AU 3-4, Lot. Sald Hajji, Res. Al Boustane 4, Imm. G4 - Sald Tél.: 05 37 87 81 76	27/12/22	290,30

INPE: 102859133

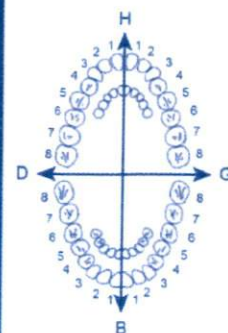
[illegible][illegible]

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

200mg Zyloric® allopurinol



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

OEDES®

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

133, 60

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISATE DE
EXECUT

13, 20

13, 20

ALGIK®



Docteur Rachida MOUSSA

Diplômée de la Faculté de Médecine d'Angers (FRANCE)

RHUMATOLOGUE

- ♦ Echographie Osteo - Orticulaire
- ♦ Rhumatisme inflammatoire
- ♦ Maladies des Os et des articulations
- ♦ Maladies de la colonne vertébrale
- ♦ Ostéoporose



INPE : 051114437

الدكتورة رشيدة موسى

خريجة كلية الطب بأنجي «فرنسا»

إختصاصية في أمراض الروماتيزم

- ♦ الفحص بالأشعة فوق الصوتية للعضام والمفاصل
- ♦ الروماتيزم الإلتهابي
- ♦ أمراض العظام والمفاصل
- ♦ أمراض العمود الفقري
- ♦ هشاشة العظام

ICE : 001718371000053

27/12/2022

Kénitra, le في القنيطرة،

Mme KTIRI MINA

OEDES 20 MG

1 gelule / jour pendant 28 jours (le matin à jeun 1/4 h avant le repas)

ALGIK

1 cp fois 3 / jour pendant 10 jours (au milieu des repas)

DIOVENOR 600

1 Cp / jour le matin après repas 1 mois

ZYLORIC 200

1 Cp / jour le soir pendant 3 mois

Dr. RACHIDA MOUSSA
RHUMATOLOGUE
144 Bis Avenue Mohamed Diouri
N° 3 - KENITRA
Tél : 05 37 37 62 81