

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

- 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 - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
45 - Casablanca - Maroc - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 46 - www.mupras.com



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

DECLARATION DE MALADIE

N° W21-772558

154364

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 01421 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Kettani Mohammed Tadjeddine

Date de naissance : 25.11.57

Adresse : Rd El Faraj 113 KM 81 Rte de Mekra Casa

Tél : 77777777 Total des frais engagés : 499,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Youssef JOUAHRI
Centre de Santé Jenane Elouz
Délegation Médicale
de Casa Hay Hassani

Date de consultation : 13.03.2023

Nom et prénom du malade : KETTANI Tadjeddine Age : 65

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

Nature de la maladie : Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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.

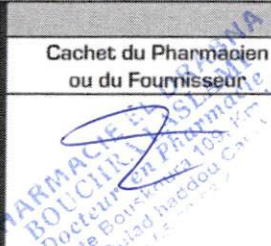
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

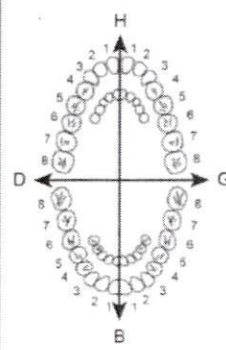
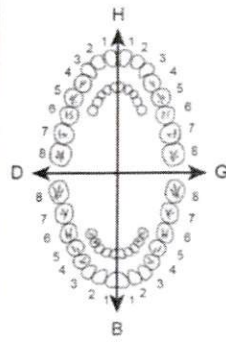
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Paiement des Actes
13.03 2023	C	1	6	INP : 091090506 Dr Youssef JOUAN Centre de Soins Dentaires de Casa Hay Hassani

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/3/23	439.50

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
		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	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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL ORABNA
BOUCHER EL ISLAM
Pharmacie
Route Boujaoua 189, Km 77
Draïna Gueliz (Meknes)

le 13.03.2023

ORDONNANCE

Dr KETTANI Taï Taïeddhini

168,90

① AUGMENTIN 1g sach

76,90 1 sach 2 x 1j (x7).

② VOLTAREN 75 mg SR G

102,60 1 p le soir

③ ATERIUS G

52,80 1 p le soir

④ OEDES 2 (bouteille)

39,70 1 gel le soir

⑤ FUCIONIS cream

429,50 Application 2 x 1j

Dr. Youssef JOUAHRI
Centre de Santé Jenane Elou
Délégation Médicale de Casa-Hay Hassani
C.S. Jhane Louz
Ministère de la Santé



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

AUGMENTIN AMOXICILINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 n

Sachets

فوسيديين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

..... sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début des repas
pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...يوم.

39, 70

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 650910
PER: 11/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

LOT 211148
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

OEDES[®]
oméprazole



20
mg
Voie orale

OEDES 20mg
14 gélules



6 118001 100071

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



DURÉE

MATIN

MIDI

SOIR



COOPER
PHARMA

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés ☒



6 118000 050124

ديسلاوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT: 093-3
PER: AUT 2023
PPV: 102 DH 60