

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° W21-666330

158678

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11577 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL BIGDI / KHADIJA

Date de naissance : 08/11/71

Adresse : 109, Bd ABDELLAH SENHATI / CASA HAY JAWADI

Tél. : 0661 527677 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SATI Hicham
RHUMATOLOGUE
Bd Bouziane Residence Fatima 5
App. 5 Sidi Othmane - Casablanca
Tél. : 05 22 37 14 14

Date de consultation : 10/03/23

Nom et prénom du malade : EL BIGDI Khadija

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : N.C.B

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 :

Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPP 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
05/03/23	C2		3000H	INP : 090120003

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/3/2023	71220

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

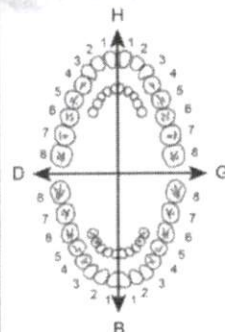
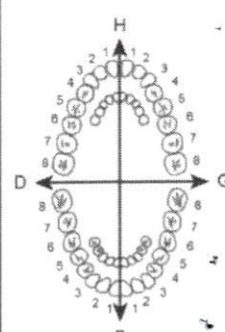
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	MONTANTS DES SOINS												
	DEBUT D'EXECUTION												
	FIN D'EXECUTION												
	<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
G	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	MONTANTS DES SOINS												
	DATE DU DEVIS												
	DATE DE L'EXECUTION												
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>												
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>												

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Américain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le : 06/03/23 : الدار البيضاء في :

الدكتور هشام ساطع

إختصاصي أمراض المفاصل

والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات

الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم

والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

بالموعد - التوقيت المستمر



EL BTADIS Khadija

4860

28300

1300

24140

2885

8440

712,20

Solu-medrol 400

chondro sulf 400mg 1-0-1

I some 5mg 1-1-1

Daflo 100mg 1-0-1 1124x2

Vitamevil fort 1-1-1 1150

Aloera 15mg 118

Mezorlong 1

LOT 222797.1

EXP 08 2027

PPV 19 00

U 201 000

122,70

122,70

PPV

LOT

PER

28,80



ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV : 283,00 DH



Médicament autorisé n° 3400933591731

Titulaire / Exploitant :

IBSA Pharma SAS

Parc de Sophia-Antipolis
Les 3 Moulins - 280, rue de Goa
06600 ANTIBES - France

Fabricant :

IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

Via Martiri di Cefalonia, 2
26900 LODI - Italie

Pantone 375 C
Pantone 356 C
Pantone process blue C
Pantone 294 C
Grigio 432 C

15 ملغ

20 قرصا قابلا للكسر
عن طريق الفم



ألوكسيا®

ميلوكسيكام



ALOXIA® 15 mg,
20 comprimés sécables



6 118000 022763

سو طيما
othema

