

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 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° W21-769934

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0405

Société : Royal Air Maroc RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JABER EL HOUSSEINE

Date de naissance : 1945

Adresse : Route EL Aqina, lot Talhaoui AS n° 4

Tél. : 05 36 74 39 52

Total des frais engagés : 705,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BEN ABDELLAH NAWAL
MEDECIN NEPHROLOGUE
CLINIQUE AL IRFANE
INPE 081227985

Date de consultation : 27/04 / 2023

Nom et prénom du malade : JABER EL HOUSSEINE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance rénale chronique

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 : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-769934

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 : 0405

Nom de l'adhérent(e) : JABER

Total des frais engagés : 705,60

Date de dépôt : 27/04/2023

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIF DOUJDA Mouredidine 6a - Lazardour Quartassi - Lazaret OUJDA - TEL : 05 36 74 91 86	27/04/23	58566 Dr. Kaddour Quartassi Lazaret - OUJDA Tel : 05 36 74 91 86

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

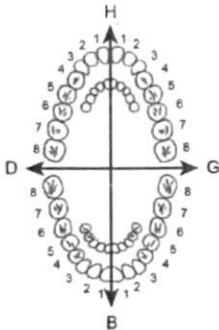
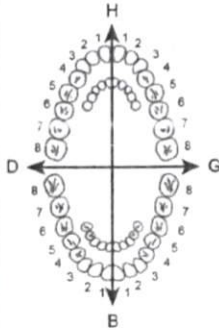
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D			G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

DATE DE
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is shown in a perspective view, with the top and bottom of the arch visible. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the top and bottom of the arch visible. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is shown in a perspective view, with the top and bottom of the arch visible. The piers are numbered 1 through 8.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

27/04/23

DR BENABDELLAH NAIM
MEDECIN NEPHROLOGUE
CLINIQUE AL IRFAANE
INPE 081227985

M. Jaber El Houssine

60100x04=240100

1) Ferplex 40g

3130 1 amp x 2 / j après repas

2) Zyloric 200g

10110 1 cp / J soir après repas

3) Calcitriol D3

34170 1 cp / J matin après repas

4) S-cort 20g

30100 4 cp / J matin après repas

5) Paracetamol 1000g

1 cp x 35 J

Paracetamol

Lappa 2 J

FERPLEX[®] 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

LOT: 087622005
Per: 06/2025
PPC: 139,50DH

6 118001 040070
Fabricant:
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
LOTU SA PPV: 110 DH 10

LOT N°:
UT. AV: 34,70
PPV (DH):

PPV 30DH00



080061898

T=585,60

FACTURE DES FRAIS MEDICAUX
FACTURE DES FRAIS MEDICAUX

FACTURE N° : 000363/23

NOM & PRENOM DU BENEFICIAIRE : JABER EL HOUSSINE

DATE : 27/04/2023	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
CONSULTATION	300.00DH
<u>TOTAL</u>	300.00DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE EST ACQUITTE A LA SOMME DE :

TROIS CENT DIRHAMS

MODE REGLEMENT : ESPECE .

ICE : 00171009700009