

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

M22- 0049377

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2741 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAFID AHMED
Date de naissance : 01/01/1954
Adresse : Rue 1 Zila 43 ELhoul
Berrechid
Tél. : 066 864 0833 Total des frais engagés : 758,10 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/04/2023
Nom et prénom du malade : ADINA BAYE Age : 1956
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA - Aff. pulmon
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Berrechid Le : 04/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : H

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
15/04/23	CS		150 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ARAFAT Samir ASMOUN Docteur en Pharmacie Tel: 05.22.32.84.94 - Berrechid 82 Rue Assalam Hay EL Houla	15/04/23	608,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

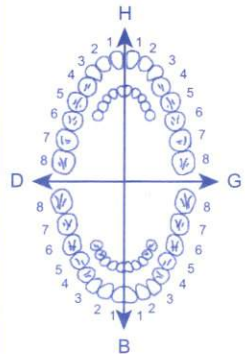
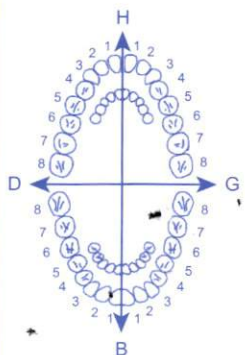
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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

Dr Iman MAHMOUD ABDELAAL

الدكتورة إيمان محمود عبد العال

Année Médicin interne au CHU IBN ROCHD
Gynécologie - Infertilité - Échographie

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد
أمراض النساء - العقم - الفحص بالصدى

ima

CABINET MÉDICAL

Pharmacie ARAEAT
Samir ASMOUN
Docteur en Pharmacie
Tél: 05 22 32 38 94 - Berrechid
82, Rue Assalam Hay ELHouda

15/04/23

A NINA BAYT

65.40x3

Tenoretic S.V.

1x3x3

168.20 Augmentin (Stalle)

Ag x2

S.V.

20.50

Fitophy S.V.

82.10x2

E304 S.V.

T: 608,10

183 شارع محمد الخامس (طريق بوسكورة) - الطابق الثالث
d 5 (Ex Route Bouskoura). 3^{ème} étage N° 5 - Berrechid
Tél: 05 22 33 68 60 / 05 22 33 68 60 - الهاتف
Pharmacie ARAEAT
Docteur en Pharmacie
Tél: 05 22 32 38 94 - Berrechid
82, Rue Assalam Hay ELHouda

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pell b30
P.P.V: 65,40 DH
118001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pell b30
P.P.V: 65,40 DH
118001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pell b30
P.P.V: 65,40 DH
118001 182350

PPU: 168,20 DH
LOT: 650799
PER: 08/24

Lot: 220224
A consommer
de préférence avant le: 02/2025
PPC: 79,50 DH

LOT: 22008
PER: 08/24
PPV: 320H10
LOT: 22008
PER: 08/24
PPV: 320H10

LOT: 22008
PER: 08/24
PPV: 320H10