

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° W21-790186

162753

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN NOUEN Yassin

Date de naissance : 02/10/1971

Adresse : Apt 8 immeuble 28 résidence Jardins de Souss Hay Mohammadi Agadi Maroc

Tél. : +212 661 417174 Total des frais engagés : 710,8 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : MAZHARI KARIMA Age : 27ans

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

Nature de la maladie : Suivi de grossesse

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 : Agadir Le : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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	CS		GA	INP : 09/11/44311
------------	----	--	----	-------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13.03.23

710,80



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

AM

PC

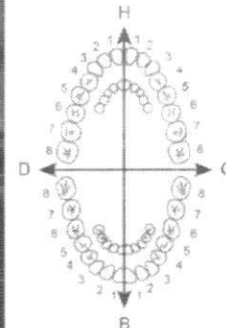
IM

IV

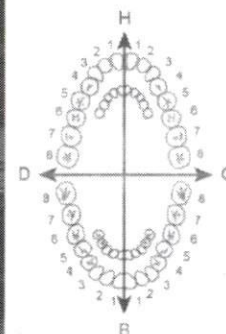
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ELHAFIDY KARIMA
Gynécologue obstétricienne

- Suivi de grossesse et accouchement
- Echographie 2D-3D-4D - Doppler
- Chirurgie gynécologique et cancérologique
- Coelioscopie - Hystérocopie - colposcopie
- Stérilité du couple (AMP) - Ménopause

د. الحفيضي كريمة

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

- مراقبة الحمل و الولادة
- الفحص بالصدى 4D - 3D - 2D
- الفحص بالمجهر - الجراحة بالمنظار
- جراحة السرطان
- المساعدة الطبية على الإنجاب - سن اليأس



13/03/2023

Mme KARIMA MAZHARI



INEXIUM 40 mg Comprimé GR 4

1 CP LE MATIN A JEUN



DIGESTINE

1 1 1

D-CURE FORTE

1 AMP/15 JOURS



Ferivime

2 Boîtes



Dr. Karima ELHAFIDY
GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE
Rés. Yasmine 3ème Etage N° 38
Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ayad
AGAIR - Tél/Fax: 05 28 38 27 27

إقامة ياسمين الطابق الثالث رقم 38 ملتقى شارع المقاومة وقاضي عياض - أكادير

Résidence Yasmine 3ème étage N° 38, Angle Av. Elmouquawama & Av. Cadi Ayad Agadir - Tél / Fax : 05 28 38 27 27

Gsm : 06 61 96 46 52 -Email : drkarimaelhafidy@gmail.com

فيريفين®

مركب هيدروكسيد
الحديد - سكاروز

20
mg/ml

محلول للحقن
عن طريق الوريد

Ferivine® 20 mg/ml

Complexe d'hydroxyde ferrique - Saccharose
Boîte de 5 Ampoules de 5 ml

6 118001 273065

علبة
5 أمپولات
من 5 مل

AMM N° : 477/17 DMP/21/NNP

Lot N° : 100826

Fab : 03/2021

Per : 03/2024

PPV: 244,00 DH

فيريفين®

مركب هيدروكسيد
الحديد - سكاروز

20
mg/ml

محلول للحقن
عن طريق الوريد

Ferivine® 20 mg/ml

Complexe d'hydroxyde ferrique - Saccharose
Boîte de 5 Ampoules de 5 ml

6 118001 273065

علبة
5 أمپولات
من 5 مل

AMM N° : 477/17 DMP/21/NNP

Lot N° : 100826

Fab : 03/2021

Per : 03/2024

PPV: 244,00 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

10

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



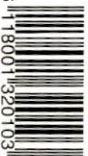
كوليكاالسيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3

قوي® كتر-ب

3 أمانولات للشرب

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Rembourser

1

2

3

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

10

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



كوليكاالسيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3

قوي® كتر-ب

3 أمانولات للشرب

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Rembourser

1

2

3