

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

Déclaration de Maladie

M23-012916

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1507 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité 194759
 Nom & Prénom : Messaoudi Halima Saadia
 Date de naissance : 01-04-1946
 Adresse : Habib Bourguiba
 Tél. : 0671829641 Total des frais engagés : 884,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/02/2021
 Nom et prénom du malade : Messaoudi HALIMA SAADIA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Gonorrhée
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Halima Saadia
 Date : 13 FEV 2021
 R ACCUEIL 1021/124

RELEVE 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
01/02/2010	Lyon	Contrôle gratuit	00 72 83 55 00 72 83 55 00 72 83 55 00 72 83 55 00 72 83 55	DR. AKBIA ZAKARIA (Signature) Dr. AKBIA ZAKARIA (Signature) Trumatologie - Orthopédiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formilleur	Date	Montant de la Facture
HARAKAT AL HABACHA 153, Bd Sidi Baba Bd Day Ould Sidi Baba El Ghellaf - Casablanca Tél. 0522 25 16 07	04/02/24	884,30
INPE: 092078385		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

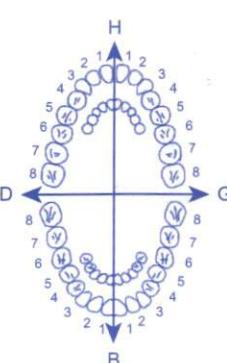
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

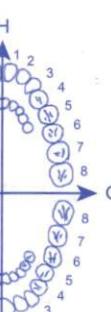
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H								
D	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552								
00000000	00000000								
00000000	00000000								
35533411	11433553								



[Création, remont, adjonction]

tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ة خمدا

متعددة الاختصاصات

Dr. RKIBA Zakaria
طبيب زكريا
طبيب العظام والمسالصل
Orthopédiste et Traumatologue
09127941

Nom du patient : ABSSOUFI

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3523



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Casablanca, le 04/04/2023

PPV: 40,50 DH

ORDONNANCE

Prénom : HAFNA

131,90 X 2
 ① Unet 500 S.V.
 140,50 X 3 1cp x 28
 ② Xarelto 10mg

25,00 ③ Tramal 50 1cp 17
 ④ Poliphene 18 S.V.
 79,00 ⑤ Multivit 1cp 35 S.V.

14,00 ⑥ Tardyferon 80 1cp x 28
 40,50 X 2
 ⑦ Tardyferon 80 1cp x 28 30/04/2023

PHARMACIE WATOU
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)

Angle rue Bathma et Bd de la Famille française Derb Ghallet. Casablanca

05 22 92 28 28 06 616 07 14 05 22 23 81 55 @contact@chdg.ma www.chdg.ma

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV: 131,90 DH

6 118001 141456

153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghallet - Casablanca
Tél: 0522 28 28

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV: 131,90 DH

6 118001 141456

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 140,50 DH
Bayer S.A.

6 118001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 140,50 DH
Bayer S.A.

6 118001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 140,50 DH
Bayer S.A.

6 118001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 cps
Rivaroxaban

P.P.V. : 140,50 DH
Bayer S.A.

6 118001 090648

PPV: 25DH00
PER: 07/28
LOT: M2576