

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-834639

196209

par l'adhérent

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098

Société : RAN Cite

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ABDERRAHIM Abdelilah

Date de naissance : 19/05/1950

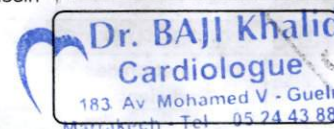
Adresse : Fenn Zaim ELISSI Dr BOUCHARAB TARGA

Narrakach

Tél. : 0673779781 Total des frais engagés : 1333,10 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : ABDERRAHIM Abdelilah

Age : 73

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA D'IMPET LUPUS HAREPANE

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 : Marrakech

Le : 16/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-834639

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 : 5098

Nom de l'adhérent(e) : ABDERRAHIM

Total des frais engagés : 1333,10

Date de dépôt :

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
12/02/24	S	1	EL	Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI DAOU Dr. EL OULBANI Alcha 124, Douar Sidi Daou Targa Marrakech	12/02/24	1333,10

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	

VOLET ADHERENT

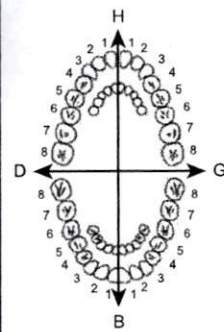
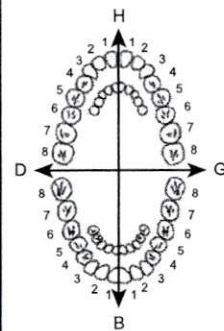
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																				
																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	35533411				B				
	H		G																						
	25533412	21433552	00000000	00000000																					
	D	00000000	00000000	11433553																					
	35533411																								
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051



الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

مراكش، في 12/02/24، le Marrakech,

PHARMACIE SIDI DAOU

Dr. EL OUIJDANI Aicha

124, Douar Sidi Daou Targa

Marrakech

Tel/Fax : 05 24 43 88 18

Mr ABDERRAHIM ABDELLAH

1 - CQS YREL 5/5

1 cp le matin

2 - COPLAVIX

1 cp le matin

3 - NOLIP 20

1 cp le soir

4 - XATRAL 10 LP

1 cp le soir

QSP : TROIS MOIS

JANUMET 5000

434,00 1 cp /

1333,10

Dr. BAJI Khalid
Cardiologue

183 Av Mohamed V - Gueliz
Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech شارع محمد الخامس جليز مراكش

الهاتف : 05 24 43 88 18

14011057



6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg-O

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

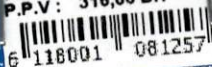
Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg , cp pel b 28

P.P.V : 316,00 DH



6 118001 081257

250,00

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV : 232,00 DH



6 118001 081301

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.