

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.

Diagnostique 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

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° P19- 0016151

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 005 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELADALI Thami Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : BLOC H N° 116 Le Vissement Haouzia Kenitra

Tél. : 0664 834684 Total des frais engagés : 253,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABOULIATIM Fatima-Zahra
Médecin Généraliste

Date de consultation : 03 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : ELADALI Najma Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Plaque du poignet

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 : Tanger


Le : 21 / 07 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
21-07-2019	Aug 12 + Ph + PM		188,42	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/19	64,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

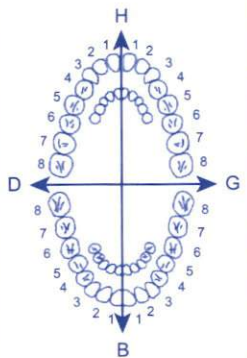
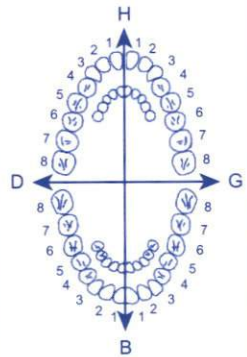
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 21.07.2019

AL Adadi Najia

25,3

Betadine ^{SP} 168
1 appl ext x 2/j

Pausenat stérile 168

39,80

Flustaph 500 ^{1's} 168
1 cp x 2/j

NOUVO PHARMA
UTAV
20/39,80
LOT
P.V.
4,83

64,80



ABOULIATIM Fatima-Zahra
Médecin Généraliste

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



ORDONNANCE INTERNE

Nr. 003532

صحة
POLYCLINIQUE

Service.....



طبعة
TANGER

CODE SERVICE			CODE MEDECIN
CU	CD	CS	

NOM..... *Hedji*
PRENOM..... *Majia*

NOM DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE	POSOLOGIE (Facultatif)	CODE NOMENCLATURE	QUANTITÉ		PRIX UNITAIRE	MONTANT
			ECRITES	LIVREES		
<i>Momofil 2/0</i>			<i>1</i>			
<i>Seringue Sc</i>			<i>1</i>			
<i>Bonde OS</i>			<i>1</i>			
<i>lome de bistouri</i>			<i>1</i>			
<i>Lidocaine</i>			<i>1</i>			
<i>gant stérile</i>			<i>1</i>			
LE MEDECIN NOM..... Signature	PHARMACIE TAMPON CODE <input type="text"/> Signature	PHARMACIE CENTRALE CODE <input type="text"/> Signature	formatique		TOTAL	



N° IPP :	153930	N° SEJOUR :	190011778	FACTURE N° 1905002793		DATE D'ENTREE : 21/07/2019		DATE DE SORTIE : 21/07/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL ADDALI,Najia							
MALADE : EL ADDALI,Najia											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE											
POINTS DE SUTURE : LES 3 PREMIERS		FURG12	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					16.50					0.00	16.50
FOURNITURES MEDICALES					21.92					0.00	21.92

Intervenant : 90231 DR ABOULIATIM FATIMA-ZAHRA (GENERALISTE)	TOTAUX :	188.42						188.42
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
CENT QUATRE-VINGT HUIT DHS ET QUARANTE DEUX CENTIMES		REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :
		RESTE DU:		188.42				
DATE FACTURE : 21/07/2019	EDITEE LE : 21/07/2019	PAR: LARBI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - TANGER				
		BANQUE :		BMCE - TANGER VILLE				
		N° compte bancaire :		011.640 0000 11 200 00 04 255 61				

PAYE

Pharmacie prestige Kenitra

124 bloc D haouzia

Tel : 05 37 35 35 72

صيدلية المجد القنيطرة

124 بلوك د الحوزية

الهاتف: 05 37 35 35 72

Facture

Client : EL Adali Magia

Kenitra le : 21/07/19

MEDICAMENT	QTE	PRIX UNITE	PRIX TOTAL
Betadine solution.	1	25,00	25,00
Total			

Arrêt de la facture à la somme de :

EL ASSALI Tahar
Retraite RAM
NLE 000605

Additif dossier déclaration
de maladie N. P19-00461 33
du 21/07/2019

je déclare sur l'honneur que
mon épouse HAYRI Nagia s'est
blessée sur la main droite en verre
manipuler une bouteille en verre
qui a été cassée entraînant
par un ~~le~~ morceau de verre
une coupure au bras droit
qui a nécessité une intervention
chirurgicale par 3 points de suture
cette blessure s'est produite dans
la cuisine de notre maison.
à jointe l'acte polyclinique
cuss à Tanger.

~~Assali~~