

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 Aïlali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlali 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° W21-710320

119903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAJID

Date de naissance : 09/01/1930

Adresse : Coop ALICHAFFI n°21 S. Maarouf CASABLANCA

Tél. : 0698335457 Total des frais engagés : 637,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2012

Nom et prénom du malade : HALMONY ABDELMAJID Age :

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

Nature de la maladie : *Arthrose*

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 Le : 21/06/22

Signature de l'adhérent(e) : *Halmony*

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
12/05/2022			3000	INP: 69162698

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MICHAËL	12/05/2022	207.00

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Pharmacie MICHAËL	13.05.22					13000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				Coefficient DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Noureddine AMRI

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Diplômé de la faculté de médecine
de Montpellier

ARTHROSCOPIE
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
MICROCHIRURGIE
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
CHIRURGIE DU SPORTIF



الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة

العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

جراحة أمراض الروماتيزم

جراحة المفاصل بالمنظار

جراحة اليد

الجراحة التجميلية

Le :

12/05/2022

M2 HARMONY Abdelmajid

T = 207.10

69.10 x 3

Prothèse



222

222

Supra sub P

130,01 dhs

San adhésif

5x5



Dr. Noureddine AMRI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Angle Route Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, 3ème étage N° 6
Tél : 0522 89 62 89 - Casablanca

LOT : 201688

UT AV : 02/2023

PPV : 69,00DH

PRAXILENE 200mg ~~20 comprimés pelliculés~~



6 118000 080671

LOT : 201688

UT AV : 02/2023

PPV : 69,00DH

PRAXILENE 200mg ~~20 comprimés pelliculés~~



6 118000 080671

LOT : 201003

UT AV : 01/2023

PPV : 69,00DH

PRAXILENE 200mg ~~20 comprimés pelliculés~~



6 118000 080671



Lohmann & Rauscher Maroc

MR HALMOUNY ABDELMAJID

Facture

Code client : 34219999	Suivi Par : Faiza
------------------------	-------------------

NUMERO	DATE	DATE D'ECHEANCE
FA221499	13/05/22	13/05/22

Référence	Désignation	Taille	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT	*
20405	SUPRASORB P pst h-cel NA 5X5 B/10 ST		1,00	121,50		121,50	2

Lohmann & Rauscher Maroc
15, Rue Saria Ibnou Zounaim, Rés. ANASS
Quartier Palmier, Casablanca
Tél.: 05 22 99 12 06 - Fax: 05 22 99 12 06

Code	Base	Taux	Montant
2	121,50	7%	8,51
Total	121,50		8,51

Total HT	Total TVA	Total TTC	NET A PAYER
121,50	8,51	130,01	130,01

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent trente Dirhams, un Centimes

Lohmann & Rauscher
Maroc

S.A.R.L au Capital de:
1 000 000 Dhs

Siège Social:
15, Rue Saria Ibnou Zounaim,
Résidence ANASS,
Quartier Palmier,
Casablanca.

Tél. : +212 (0)5 22 99 12 70/80/96
Fax : +212 (0)5 22 99 12 06

C.N.S.S.: 6047618
R.C.: 90297
I.F.: 2820741
Patente: 34782263
ICE: 001539619000025

Banque : SGMB A gence Moulay Youssef
RIB : 022 780 000 087 000 507 882 874