

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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° P19-0038704

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02226 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : EL HATTI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-038704

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-439939

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 2226 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ANCIEN

Nom & Prénom : EL HAMZI MY AHMED

Date de naissance : 31/08/56

Adresse : 21 rue 50 Mandarouk ANKHO

Tél : 0601887755 Total des frais engagés : 2489,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amina LAMRANI
Pneumophthysiologue
202, Bd. Abdelmoumen
Tél : 05 22 98 12 35

Date de consultation :

08/08/2019

Nom et prénom du malade :

EL HAMZI DOULAY AHMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :


Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles


- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.


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
08/08/19	C2	C2	200,00 Mdt	INP: 0916415791 
08/08/19	3415		600,00 Mdt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

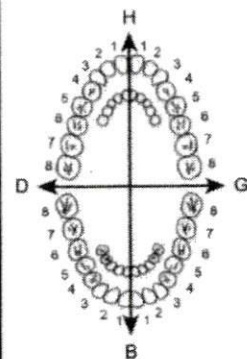
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Omaniya Casablanca 49 Lot, Omaniya, Casablanca Tél: 05 22 52 36 29	08/08/19	-1389,40-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

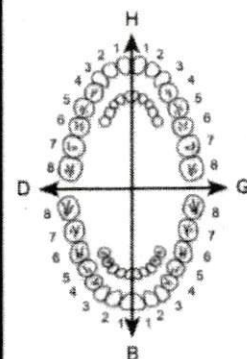
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		210	200,00 Mdt

AUXILIAIRES MEDICAUX

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(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'EXE

VOLET ADHERENT

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

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. Wafa BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phthisiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسي
كبار وأطفال

Casablanca, le : 08/08/2019

EL HAMZI MOULAY AHMED

162.60

1 - Nebilet 5 mg



1 comprimé par jour

2 - Janumet 50/1000



1 comprimé X 2 par jour

3 - Spiriva poudre P.inhalation



1 gelule en inspiration profonde par jour, pendant 3 Mois

4 - Contours bandelettes

1 boîte

5 - Muxol sirop

1 C à S x 2 / J



38.80



1389.40

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V.: 437,00 DH



6 118001 040216

SPIRIVA 18 µg

(Tiotropium)

Poudre pour inhalation

30 gélules + Inhalateur Handihaler

BOTTU S.A.

PPV: 571 DH 00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. : 38,80



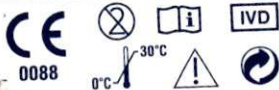
Dr. Amina LAMRIKI
Pneumophthisiologue
202, Bd Abdelkader
Tél.: 05 22 99 43 35 - 05 22 99 43 36

Contour™ plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502

Contour™ plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. جميع الحقوق محفوظة. Contour (کونطور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. تمامی حقوق محفوظ است. Contour (کنتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG است.

www.patents.ascensia.com

For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.

Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.

برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vali-e-Asr Ave.,
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

صنع في اليابان

ASCENSIA
Diabetes Care

85157701

Rev. 02/16

Contour™ plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25
Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

NO
CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 108-140 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP7HQHC31B

2019-08

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. WAFABENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca le:08/08/2019

Mr EL HAMZI MOULAY AHMED

RADIOGRAPHIE THORAX FACE

INTERPRETATION :

légers remaniements en basithoracique droit et gauche, RAS par ailleurs

Dr. Amina LAMRIKI
Pneumophtisiologue
202. Bd. Abdelmoumen
Tél : 05 22 99 40 35 - 67 24

CABINET DE GROUPE DE PNEUMOLOGIE

Dr. Wafa BENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسبي

Dr. Amina LAMRIKI RHIATI

الدكتورة آمينة المريقي الغياتي

Spécialistes en Pneumophthysiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي
كبار و أطفال

Casablanca, le:08/08/2019.....

FACTURE

Mr EL HAMZI MOULAY AHMED

CONSULTATION : 300,00 DH

RADIO THORAX FACE : 200,00 DH

TESTS CUTANES : 600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 1100,00 DH

(MILLE CENTS dirhams)

Dr. Amina LAMRIKI
Pneumophthysiologue
202, Bd. Abdelmoumen
Tél.: 05 22 99 40 36 - CASA.

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. Wafa BENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca le:08/08/2019

Mr EL HAMZI MOULAY AHMED

Prick Test

Nombre de ligne : 1

Allergènes	Papule (mm)	Erythème (mm)
Témoin positif	6	0
Témoin négatif	0	
Dermatophagoidess ptérynyssinus	0	
Dermatophagoidess farinae	0	
Blomia	0	
Pollens d'oliviers	0	
Phanères de chat	0	
Phanères de chien	0	
Alternaria	0	
Cyprès	0	

Rapport :

tests cutanés négatifs aux allergènes testés

Dr. Amina LAMRIKI
Pneumophtisiologie
202, Bd. Abdelmoumen
Tél. 05 22 99 40 36 - 99 20 24