

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 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-526488

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2833

Société : 2AR

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : DRISSI ABDERRAHIM

Nom & Prénom :

Date de naissance : 03/05/54

Adresse : 409 Penitence Noughe Apt: 1

Tél. : 06 01 74 69 73

Total des frais engagés : 568,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Med Amine Rtel Bennani
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique & Orthopédique
10, A. des FAR, Bureau Noot - Fès
GSM : 06 34 44 09 70

Date de consultation : 24/02/2020

Nom et prénom du malade : Latik Naima

Age : 48

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ 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.

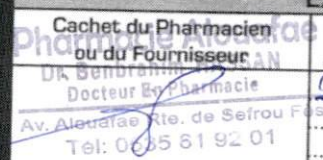
Fait à :


Le : 24/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

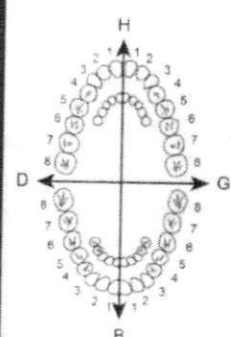
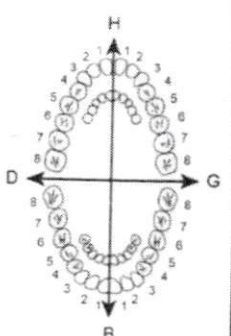


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/02/20	G.	(2x)	1000h	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Av. Aloulfae Rte. de Seïrou Fes Tel: 05 61 92 01	Date : 24/02/20 Montant de la Facture : 268,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/02/20	2x	1000h

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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 : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI

Spécialiste en chirurgie Traumatologique et Orthopédique - Adulte & Enfant

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Hassan II - Fès

Nom : Lafrak. Naama

Fès, le : 24/02/2022

53,00

① Relaxol (x10)

615,00 Myx3g.

② Mobizalg (x14)

39,00 Apf anti d kpm.

③ apraz (x14)

115,00 12g

④ Biofract (x01)
Apfraz

LOT : 19E003
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

PPV: 61DH50
PER: 07/22
LOT: I1798

LOT: M0267
PER: 09/2021
PPV: 39,00DH

Pharmacie Alouafae
Dr. Benbrahim HASSAN
Docteur En Pharmacie
Av. Alouafae Rte. de Sefrou Fès
Tel: 0535 61 92 01



268,50

Dr. Med Amine Rtel Bennani
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique & Orthopédique
10, Av. des FAR, Bureau Noor - Fès
GSM : 06 34 44 09 70

Tel : 05 35 65 97 80 • GSM : 06 34 44 09 70

10, شارع الجيش الملكي. قرب بيوكناش. مكاتب النور الطابق الأول. الشقة 4 - فاس
10, Av des FAR (à côté de Biougnach), Bureaux Noor, 1er étage, Appt 4 - Fès

Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI

Spécialiste en chirurgie Traumatologique et Orthopédique - Adulte & Enfant

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Hassan II - Fès

Nom :

Mme Lazrak Naima

Fès, le :

24/02/2020

Facture : 20015

1) Consultation	:	150DH
2) Radiographie (2 incidences)	:	150DH

Total : 300DH (Trois cents dirhams).

Dr. Med Amine Rtel Bennani
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique & Orthopédique
10, Av. des FAR, Bureau Noor - Fès
GSM : 06 34 44 09 70

Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI

Spécialiste en chirurgie Traumatologique et Orthopédique - Adulte & Enfant

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Hassan II - Fès

Nom **Mme Lazrak Naima**

Fès, le :
24/02/2020

BON DE DEMANDE DE RADIOGRAPHIE

1) Radiographie du pouce gauche (F/P)



Dr. Med Amine Rtel Bennani
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique & Orthopédique
10, Av. des FAR, Bureau Noor - Fès
GSM : 06 34 44 09 70

Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI

Spécialiste en chirurgie Traumatologique et Orthopédique - Adulte & Enfant

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Hassan II - Fès

Nom :

Fès, le :

Mme Lazrak Naima

24/02/2020

Compte Rendu Radiologique

1) Radiographie du pouce gauche (F/P)

- Discret pincement de l'articulation métacarpo-phalangienne

Dr. Med Amine Rtel Bennani
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique & Orthopédique
10, Av. des FAR, Bureau Noor - Fès
GSM : 06 34 44 09 70