

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 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.



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

N° W19-416850

Compte

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581 Société : R A M 95019

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRA Abdel PRZAP

Date de naissance : 26 au 57

Adresse : 111 AZLI SAN 40150

Tél : 060164270 Total des frais engagés : 549,60 D

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/3/2020

Nom et prénom du malade : MAADAA Nina 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيدلية الإخلاص Pharmacie AL AKHLASSE Dr. Aouatif MARRAKOUI N° 773, Azli Sud, Marrakech Tél: 0624 34 66 34</p>	10.03.2020	48960

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

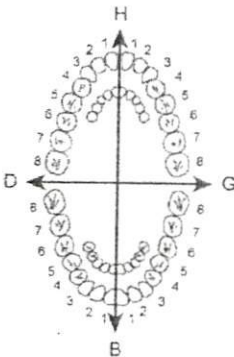
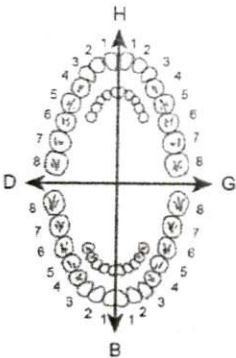
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
					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			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																	
	<table><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>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>					
	H																						
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



IP = 754 068
Service Universitaire Psychiatrique

Hôpital Ibn Nafis

ed VI de Marrakech

et de Pharmacie de Marrakech

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش



Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

LOT 192771 1
EXP 11 2022
PPV 180.00

180,00

Marrakech, le 20/03/2020

ORDONNANCE

Naama Mina

① Fenopet 20mg (p) 3618
02 - 00 - 00

② Prisdal 1mg (p) 3618
00 - 01 - 00

③ Athymil 30mg (p) 3618
00 - 00 - 12

④ Nazgion 400mg (p) 3621
00 - 12 - 02

m + ADV SLS chom

25 jours

189,60

Pr.Ag. AD
PRISDAL
Risperidone
1 mg
psychiatrie
Dr. AABASSI Bouchra
Dr. BOUKERMA W.C.

Athymil® 30 mg
20 comprimés pelliculés
6 118000 080763
Dr. BOUSKOUL Mina

LOT : 8MA013V
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 570H30
6 118000 060482
Dr. BOUALAME Abdelmounaim
Dr. GOURANI Ahmed

Chef de service des soins
infirmiers :
Mr. SOUHAILI Abdelfattah

Hôpital Ibn Nafis, SUP

صيدلية الإخلاص
Pharmacie AL IKHLASS
Dr. Aouatif KEKKAOU
N° 776, Azli Sud, Marrakech
Tél : 05 24 29 04 53 / Fax : 05 24 30 74 31

Care Daoudate, quartier Amerchich. BP : 502 - Marrakech
Tél : 05 24 29 04 53 / Fax : 05 24 30 74 31

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
CHU Mohammed VI
Hôpital Ibn Nafis
Marrakech



N° 080695 A

Reçu de M

MINA MAAMMA

Quittance

La somme de

100 - Le Diable

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
202	10	6000
754668		6000
Total		

Cachet du
Service

Signature du
Régisseur