

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'ensemble 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'ensemble 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-477015

ND: 25411

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KTIRI JAWAD

Date de naissance : 14/09/59

Adresse : HABITUEDE

Tél : 0661373313 Total des frais engagés : 413³⁰ + 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RACHIDA MOUSSA
RHUMATOLOGUE
144 Bis Avenue Mohamed Diouri
N° 3 - Kenitra
Tél. : 05 37 37 62 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : KTIRI MINA Age : 59

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

Nature de la maladie : goutte - NCB + lombalgie

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 : Kenitra

Le : 15/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-477015

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 : 7008 KTIRI JAWAD

Nom de l'adhérent(e) : KTIRI JAWAD

Total des frais engagés : 610330

Date de dépôt : 15/03/2020

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
12/03/2020	12		250071	INT 05 111 4437 Dr. BACHIDA MOUSSA RHUMATOLOGUE 144 Bis Avenue Mohamed Diouri N° 3 Kenitra Tél. : 05 37 37 62 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/20	413,30

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	

VOLET ADHERENT

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

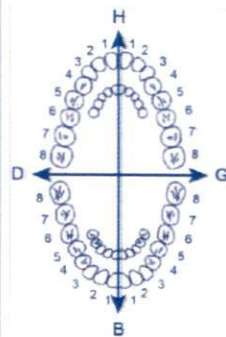
663,30 MINA

RELEVÉ DES F

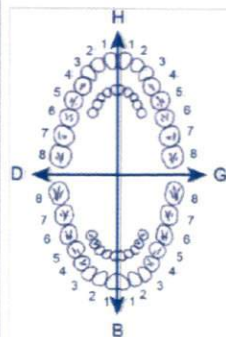
préciser la dent traitée, l'

graphies en cas de prothè

Dents Nature
Traitées Soins



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552	H
D	00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
B			B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

OEDES®
oméprazole

LOT 190816
EXP 01/2022
PPV 99.00DH

ALGIK®
Paracétamol+Caféine

200mg
allopurinol
Zyloric®

Di-INDO® 100mg 10 suppositoires

PPV 60DH40 EXP 11/2022
LOT 90024 1

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU

storrésistants en gélules

28 x

Docteur Rachida MOUSSA

Diplômé de la faculté de médecine d'Angers (France)

Rhumatologue

- Echographie osteo - orticulaire
- Rhumatisme inflammatoire
- Maladies des os et des articulations
- Maladies de la colonne vertebrale
- Ostéoporose

ICE : 0017 1837 1000053



الدكتورة رشيدة موسى

خريجة كلية الطب بأنجي (فرنسا)

إختصاصية في أمراض الروماتيزم

- الفحص بالأمواج فوق الصوتية للعضام والمفاصل
- الروماتيزم الإلتهابي
- أمراض العظام والمفاصل
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة العظام

Kénitra, le 12/03/2020 في القنيطرة

Mme KTIRI MINA

OEDES 20 MG

1gelule/jour pendant 10 jours (le matin à jeun 1/4 h avant le repas)

DI INDO 100MG

1 supp le soir pendant 10jours

ALGIK

1 cp fois 3 / jour pendant 10 jours (au milieu des repas)

ZYLORIC 200

1 Cp / jour le soir pendant 3 mois

DIOVENOR 600

1 Cp / jour le matin avant repas 1 mois

Dr. RACHIDA MOUSSA
RHUMATOLOGUE
144 Bis Avenue Mohamed Diouri
N° 3 - Kénitra
Tel : 05 37 37 62 81

144 مكر، شارع محمد الديوري رقم 3، إقامة الزهور القنيطرة @ العيادة : 05 37 37 62 81
144 Bis, Avenue Mohamed Diouri n°3, Résidence les Fleurs - Kénitra @ C. : 05 37 37 62 81

Facture N° 20200314-870

Date de vente : 14/03/2020

Médecin traitant

MM KTIRI MINA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ALGIK CO 500MG/50MG B16 COMP	2	13,20	TVA (7.00%)	26,40
OEDES CO 20MG B28 GELULES	1	99,00	TVA (7.00%)	99,00
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	3	31,30	TVA (7.00%)	93,90
DIOVENOR CO 600MG B30 COMP	1	133,60	TVA (7.00%)	133,60
DI INDO SU 100MG B10 SUPPO	1	60,40	TVA (7.00%)	60,40

Total HT	386,26 DHS
TVA	27,04 DHS
Total	413,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre cent treize DHS et trente centimes


PHARMACIE BENBAID
23 Rue Al Prince Hassan, Saida
Tél: 0537 82 90 53 - Fax: 0537 82 93 7