

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-501812 111107

N° D. 34663

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11107 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABRE NAJAT
 Date de naissance : 14/05/1969
 Adresse : 2017, 38 I, Apt 1, étage - 1
 Tél. : 0661600488 Total des frais engagés : 1760,80 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/20
 Nom et prénom du malade : N. SABRE
 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 : 2007 Le : 20/07/20

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
20/7/20	L1		300	INP 081118181

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Zoubir	20/7/22	1460,80

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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"> <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>D</td> <td>G</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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

DOCTEUR SAÏD RAMY

Spécialiste

Diplômé de la faculté de Medecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France

Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colonnes vertebrales
Radiologie Osseuse



Casablanca, le 2017/20

1^{er} SABBOS - NABAT

132,90 x 2

- Deflogariste 6mg (S.V) 1/21 j 1m

149,00 x 6

- ARTINOV (S.V) 1/21 j 2m

141,50 x 3

- paracetamol (S.V) 1/21 j 15j

74,80

- Vitamine (S.V) 1/21 j 3m

56,30

- D-cure (S.V) 1/21 j 4m

61,50

- Aolice 15mg (S.V) 1/21 j 20j

38,50

- Siccaflu 2mg (S.V) 2/21 j

26,40

- Toben (S.V) 1/21 j

GSM : 0661 42 78 23

0522 26 68 78 : الهاتف - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél/Fax : 05 2

E-mail : saidram@hotmail.fr

01192872

XP 12 2022

PV 26 10

LOT: 0079
PER: FEV 2022
PPV: 14 DH 50

LOT: 0081
PER: FEV 2022
PPV: 14 DH 50

LOT: 0082
PER: FEV 2022
PPV: 14 DH 50

سابقا بمستشفيات فرنسا

بالمدرسة العليا

الطبي

ورماتيزم

العضلات

والرجل

الأشعة

Lot: PE0581B
Per: 04/2023
PPV: 132DH90

Lot: PE0581B
Per: 04/2023
PPV: 132DH90

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

PPV: 56,30 DH
LOT: 19K11/B
EXP: 11/2021

D-CURE* AMPOULE

6 118001 320080

Pharmacie Z
KABRAB
05 27 934 1901

LOT 19240-FC5
08/2022 PPV 74,80

PPV: 61 DH 50
PER: 01/22
LOT: 1212

SICCAFLUID 2.5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV: 38,50 DH

6 118001 101023

Distribut par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Eliaoui
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218