

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

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- 0042450

ND: 35198

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03265

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUFISSA MEKOUAR Neuve ACHOUR

Date de naissance : 20/02/52

Adresse : Résidence Douha - Bd Abdelhadi
Boutaleb - CASA -

Tél. : 0661 327412 Total des frais engagés : 640,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. SKIREDDI
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar
Rue Ibnou Nafies
Tél. 022 00 00 00

Date de consultation : 20/04/2020

Nom et prénom du malade : Achour Noufissa Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite Rhumatoïde

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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Mekouar

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  <p>Pharmacie ANDALOUZE Rue de la Liberté Angle Av. 2 Marsset Tél. 05 22 21 17 95</p> | 16-04-2020 | 640,90 |

[illegible][illegible]

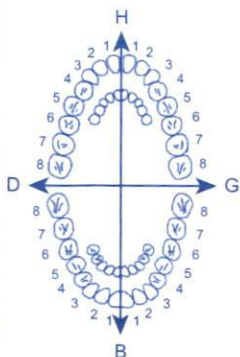
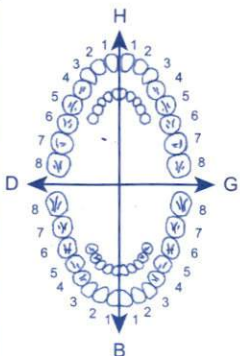
[REDACTED]

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'odontologie.

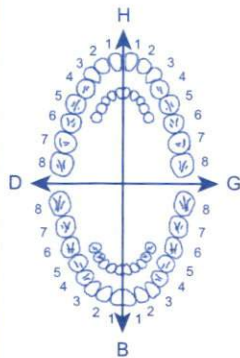
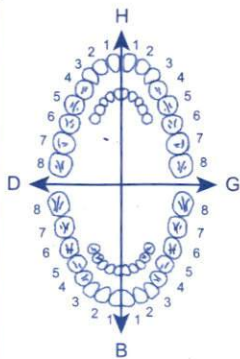
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-------------|----------------------------|------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------------|-------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <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>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 |
| | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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'EX

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام، المفاصل، العمود الفقري
خريج كلية الطب بـمونبيلي
التخصص البشري
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

2014/4/20

Aue

Acteur Oukhar Nafiss

47,00 x 11

15

Acteur Nafiss

510,00

1 mg SC / semaine de 0,5 mg

15

2 - Acteur 5 mg

30,00 x 4

112,00

2 mg / semaine

1 mg = 3 mg

2-64090

Dr. MEKKI SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF
TEL: 05 22 21 17 80 - 05 22 52 80 31

Pharmacie ANDALOUS

Rachid SLAOUI

394, Angle Av. 2 Mars - Panoramique
Casa - Tél: 05 22 21 17 80 - 05 22 52 80 31

methotrexate

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim26mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 47,10 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim
5mg/2ml al b1 mv
P.P.V: 30,70 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim
5mg/2ml al b1 mv
P.P.V: 30,70 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim
5mg/2ml al b1 mv
P.P.V: 30,70 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Methotrexate blodim
5mg/2ml al b1 mv
P.P.V: 30,70 DH

