

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 22 45 15 (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° 17 N° W19-488811

35667

SCW

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10135

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Jambry Amin

Date de naissance : 14/11/75

Adresse :

Tél. : 06 06 62 72 72

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdel K. AHIZOUNE
MEDECIN GENERALISTE
Spécialiste en Médecine du Travail
214, Lr. Al Wanda 2 - Deroua

Date de consultation : 20/01/2020

Nom et prénom du malade : Jambry Amin

Age : 44 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : 20/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 Paieement des Actes
30/11/2020	C		120,00	INP : L Abdelhak ALLELINE MEDECIN GENERALISTE Spécialiste en Médecine du Travail 214, 1 ^{er} étage Al Wahdia 2 - Dorcol 061192894

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE NIELLOUN IT N°1-DERODRA Imm. 54 Tél: 05 22 51 47 07	30/11/2020	1764,10

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	

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 l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					



LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. S. AHIZOUNE
 Imm. 94, Lot N°1, AL WAHDA 2 - DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07

Daroua, le 30/01/2020

M^{me} ZAMARY Amina

- 188.00 1 - RANCIPIHE 20mg (S) 1 cp avant ppt dejeuner (x 2 mois)
- 293.00 2 - SALCROZINE 500mg. (S) 1 cp x 3 lt Après ls repas (x 2 mois)
- 98.00 3 - KALMILIDER. geluls (S) 1 gel x 2 lt (x 3 mois)
- 246.00 4 - ALFLOREX (S) 1 gel lt avant dejeuner (x 1 mois)
 Puis continuer 2 autres mois
- 17.30 5 - PARASFAN cp (S) 1 cp x 2 lt après ls repas
- 49.80 6 - Flagyl (S) 1 cp x 2 lt (x 10 Jts)
- 30.50 7 - IMODIUM 1 gel x 2 lt (x 8 Jts)
- 29.00 8 - NAUSELIUM (S) 1 cp avant ls repas

PPV: 188 DH00

PPV: 293,00 DH

PPV: 293,00 DH



KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 245 DH
Complément alimentaire,
n'est pas un médicament
N° DA 20171706430 DMP/20UCAN1

LOT : 8MA043
PER : 02/2023
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V. : 300 DH50



LOT : 8MA042
PER : 02/2023
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V. : 300 DH50



LOT : 7MA106
PER : 08/2022



jacon de 200 ml
suspension buvable

Parasphan

PPV 170 DH30
EXP 06/2021
LOT 85026 1