

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° W19-579361

45478

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2110 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARID FATIMA E BOUKHA

Date de naissance : 10-12-1961

Adresse : Ben deoua MARRAKESH 2ème étage

Tél. : 0661402879 Total des frais payés : 650,80 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Farid Fatima E Boukha Age : 54

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

Nature de la maladie : Sauvage

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 : Casablanca Le : 11/10/20

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 Paiement des Actes
05/10/20		A.	G.	Dr. Oubay Dentiste Angle Boulanger et Av. - Goulam es. Sami Tefte - Casablanca Tél: 0522 26 35 77 / Fax: 05 47 47 47 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15-10-20

650,80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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'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

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

LOT : 200506
UT AV : 04/2023
PPV : 199,00DH

ions traumatiques ou infectées,
utiliser? Etendre une couche d'un
essuyé soig
la gaze; j
ants.
NOVOPHARMA LOT
UT.AV P.P.V

harma,
pharmacie Res
e, cosmétologie et lasers - Besançon
e - Montpellier
es du système - Paris

MYK 1%

P V B I D U E S

64,50

Composition :
Clarithromycine 500 mg
Excipients q.s. p. r. 1 comprimé pelliculé.
Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.
AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF
مستحضرات كاربينيكام - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoire GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®
Boîte de 14 comprimés pelliculés
PPV : 160,00 DH
6 41 8000 191 001

Casablanca le : 25.0.2020

الدار البيضاء في :

Mme FARID Fatima Ezzeina.

1- Tegessa cp 250

87,30 1 cp 1/2 part 1 mois

2- Dermofix crème

64,50 1 cr 1/2 part 1 mois

3- Dyk lotion

140,00 1 cr 1/2 part 1 mois

4- Otho crème : 1 cp 1/2 part 1 mois

160,00 4- Clavil 1000 cp
1 cp 1/2 part 1 mois

650,80

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare - Résidence Ighazou
Casablanca - Tél: 05 22 20 28 67

Dr. Oufat
Dermatologue - 1er
Angle Bd. TanTan et Avenue
Rés. Sami 1er Etage - G
Casablanca
Tél: 0522 26 55 77 / Gsm: 05

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,
1er étage, Appt 3, Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طانطان و شارع الدكتور سيلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوربون - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - البريد الإلكتروني : drbenhiba@gmail.com