

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 canaux, 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 canaux.

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 : 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° W19-508099

148049

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01332 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAKIM

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDELLAH - AP 8

20100 - CASABLANCA

Tél. : 0661973482 Total des frais engagés : 106,68 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/04/2023

Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDELHAKIM Age : 70 ans

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 16/04/23

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
15/01/2023	✓		6	INP : 09104891

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Cachet du Fournisseur 315 GALAN CAVADAS C.B. 30 ENE. 2023	30-1-2023	2 x 53,34 = 106,68 €

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 :

Veillez 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 H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 B 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 16/01/2023

M. ABDELHAMID MEGZARI

1) INSPRA 50 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 2 mois

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue Kadi Lass - MAARIF
25 06

Farmacia Galan Cavadas C.B.
c/ Europa, 2 Edif. Rubi.
Fuengirola (Málaga)
Cod.Farmacia: 315
N.I.F. E93474625
www.farmacialaspiramides.com
farmacialaspiramides@hotmail.com

Nombre: MEGZARI ABDELHAMID
Dirección:
Población:
C.P.:
N.I.F.:
Referencia: N/A
E-Mail: N/A

Factura Número: P000431/2023

Fecha: 30/01/23

Fecha	Código	Descripción del Artículo	%Iva	%Ap.	P.V.P Bruto	P.V.P Neto	Unid.	Importe
30/01/23		Operación nº P000431/2023						
30/01/23	650179.5	INSPIRA 50 mg 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	4%		53,34	53,34	2	106,68



TIPO IMPOSITIVO	BASE IMPONIBLE	CUOTA	Importe	
Super Reducido	102,58	4,10	106,68	
				BASE IMPONIBLE: 102,58 €
				TOTAL CUOTAS: 4,10 €
				TOTAL FACTURA: 106,68 €



650179.5 ○

INSPRA[®] 50 mg
comprimidos recubiertos
con película
eplerenona

30 comprimidos recubiertos
con película
Vía oral



Cada comprimido contiene 50 mg de eplerenona.
Este medicamento contiene lactosa monohidrato.
Para mayor información consultar el prospecto.
Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.



650179.5 ○

INSPRA[®] 50 mg

**comprimidos recubiertos
con película**
eplerenona

30 comprimidos recubiertos
con película
Vía oral



Cada comprimido contiene 50 mg de eplerenona.
Este medicamento contiene lactosa monohidrato.
Para mayor información consultar el prospecto.
Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.