

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.

Diagnostique 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- 058303

ND. 4 3333

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1057 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : CHAKEL Mohamed
Date de naissance : 1/11/1948
Adresse : 10 Rue Lemaire du Vny.
Tél. : 06 18 13 84 67 Total des frais engagés : 415 de Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 3 JUL 2020

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 : MARRAKECH Le : 28 / 9 / 2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/09/2020

415,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

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 :

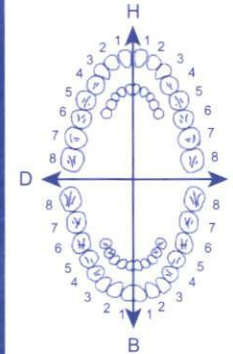
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[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



PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA

Pharmacien Aromathérapeute

Université de Genève

R.C :315533

T.V.A :

Tél :0522251607

Patente:34704247

C.N.S.S:4622002

Le 28/09/2020

FACTURE N°442216

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

LAAKEL MOHAMED

Qté	signation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	PLAVIX 28CP	316,00	316,00		
1	LD-NOR 20MG 30CP	99,00	99,00		
TOTAL T.T.C :					
			415,00		

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
TEL: 0522 25 16 07

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quinze Dirhams.

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2012

LAACEL
M. Mohamed

Plavix 75



1 cp 15

KARDÉGIC 75



1 st 15

LD NOR 20



1 cp 15

Corvasal 2 ug



1 cp x 3 15

Vastarel 35



1 cp x 2 15

Hôpital universitaire international Cheikh Khalifa
Pr. SAKRY Mohamed
Service Interventionnel
10000 Casablanca

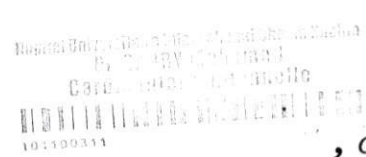
PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Casablanca

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca
Tél : 0343 838 004 400 • Fax : 0343 838 038 038 • Email : info@pharmaciewato.ma

SERVICE CARDIOLOGIE
TEL DIRECTE :0529 050 234

Casablanca le 19/04/2019

CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE DE LONGUE DUREE

Je soussigné, , cardiologue à l'hôpital Cheikh
Khalifa Certifie que **Mr LAAKEL MOHAMMED** est suivie pour **UNE**
MALADIE CARDIAQUE CHRONIQUE et que son état de santé
nécessite un suivi régulier et un traitement de longue durée.

Ce certificat est délivré à l'intéressé, pour servir et valoir ce que de
droit.

Signé : PR SABRY

