

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-423925

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7469

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

GUERMOUDI Amina

Date de naissance :

19/11/1959

Adresse :

Tél. :

0661656039

Total des frais engagés :

518,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

GUERMOUDI Amina

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

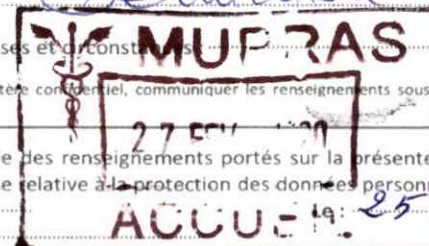
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



25/2/20

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
	C		2000A	INF: 091069866

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr BENLADIA KARIM Pharmacien Dar Assalam 32 Oued El Anassalam Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31	17/02/2020	348,10

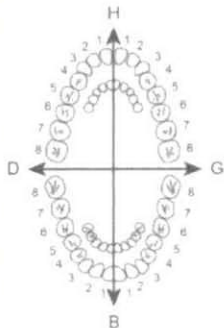
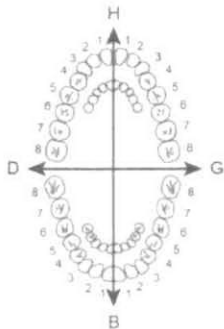
[illegible][illegible]

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G			DATE DU DEVIS
	B 00000000 35533411 B			DATE DE L'EXECUTION
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

خیر لدی الحاکم

Casablanca, le : 10-02-2020 : الدار البيضاء، في :

Casablanca, le : 10-12-2022 : في الدار البيضاء، في :
 9900x2 LD N01 20 2022
 1. LD N01 20 2022
 1. LD N01 20 2022

46.70

2. 7y l'our 100 3msis
1y le soir

 36.7×2

3. Try Codeword $\rightarrow$ 2 take

318, 10

Dr. BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 22 31

[Handwritten signature]

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا. الحي الحسني. الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

ملغ 100

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 192468

EXP 10 2023

PPV 46.70 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

LOT : 200130

UT AV : 01/2023

PPV : 99,00DH

20 ملغ
عن طريق الدم

٩
للا-نور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



118000 082231

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

LOT : 200130

UT AV : 01/2023

PPV : 99,00DH

20 ملغ
عن طريق الدم

٩
للا-نور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



118000 082231



IBERMA

MYCODERME® 1% CREME

LOT: 08019098
PER: 11/2024
PPU: 35,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g



IBERMA

MYCODERME[®] 1% CREME

LOT: 08019098
PER: 11/2024
PPU: 35,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g