

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

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**



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037979

ND: 28113

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1954 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI O MAR

Date de naissance : 06-07-11

Adresse : 17 RUE DE LA VILLE DE LA PAIX

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : 264,40 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 :

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 : 28/08/2020

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
	28/05/20	964,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

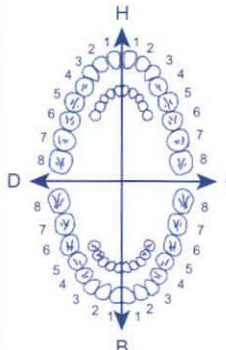
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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 00000000 21433552 00000000 D 00000000 35533411 G 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

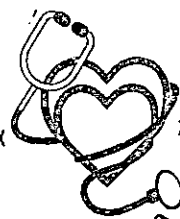
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: **H-LAMRANI** **02 MAI 2019**
Casablanca
Traitement de: **Trois (03) Mois**
81,0043
AN ZAAAR 50
14000
26,8043
14000
21,8094
14000
920,60
942,60

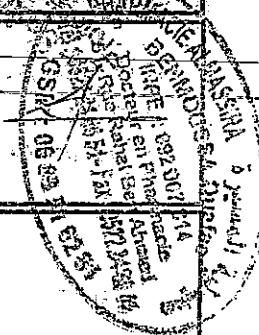
MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-362092

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1954
Nom & Prénom LAMRANI		ANAR
Fonction: Représentant		Phones: 066189921
MédicIN		Prénom du patient Lamrani
Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐		Age 22 Date 02/05/18
Durée de la maladie		Date 1ère visite
Anfor et debut et ANM		
agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Durée des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
3000		3000
Date 02/05/18		
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Designation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
MILIEUX MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



PHARMACIE AL MASSIRA
BENMOUSSA L OUAFAE
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE DINAND

Patente N°: 31202044
N° R.C. : 191902
Compte :
CNSS : 1753377
Id.Fiscale : 46204130
ICE : 001642356000035

Tél: 0522248054

Le : 28/05/2020

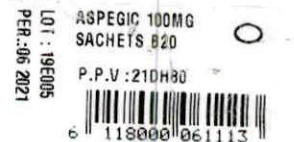
MR LAMRANI OMAR

FACTURE : 20306 du : 28/05/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	AMLOR 5 MG X56 CPMS	136,60	273,20	0,00%
4	ASPEGIC 100 MG SACHETS	21,80	87,20	7,00%
4	CIVASTINE 10 MG X 28CPMS	70,00	280,00	0,00%
4	TANZAAR 50 MG 28 CPS	81,00	324,00	0,00%
Total TTC			964,40	
Droits de timbre			0,00	
Net à payer			964,40	

Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENT SOIXANTE QUATRE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	877,20	0,00	877,20
7.00%	7,00	81,50	5,70	87,20
		958,70	5,70	964,40



Lot n° :
EXP :
PPV : 31,00

PPV : 70DH00
PER : 11/21
LOT : 12680

PPV : 70DH00
PER : 04/21
LOT : 11042

PPV : 70DH00
PER : 04/21
LOT : 11042

PPV : 70DH00
PER : 04/21
LOT : 11042



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

☒ **valable 3 mois**

Le 21/02/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

LAMRANI OMAR

ID:

Qyr

Unknown

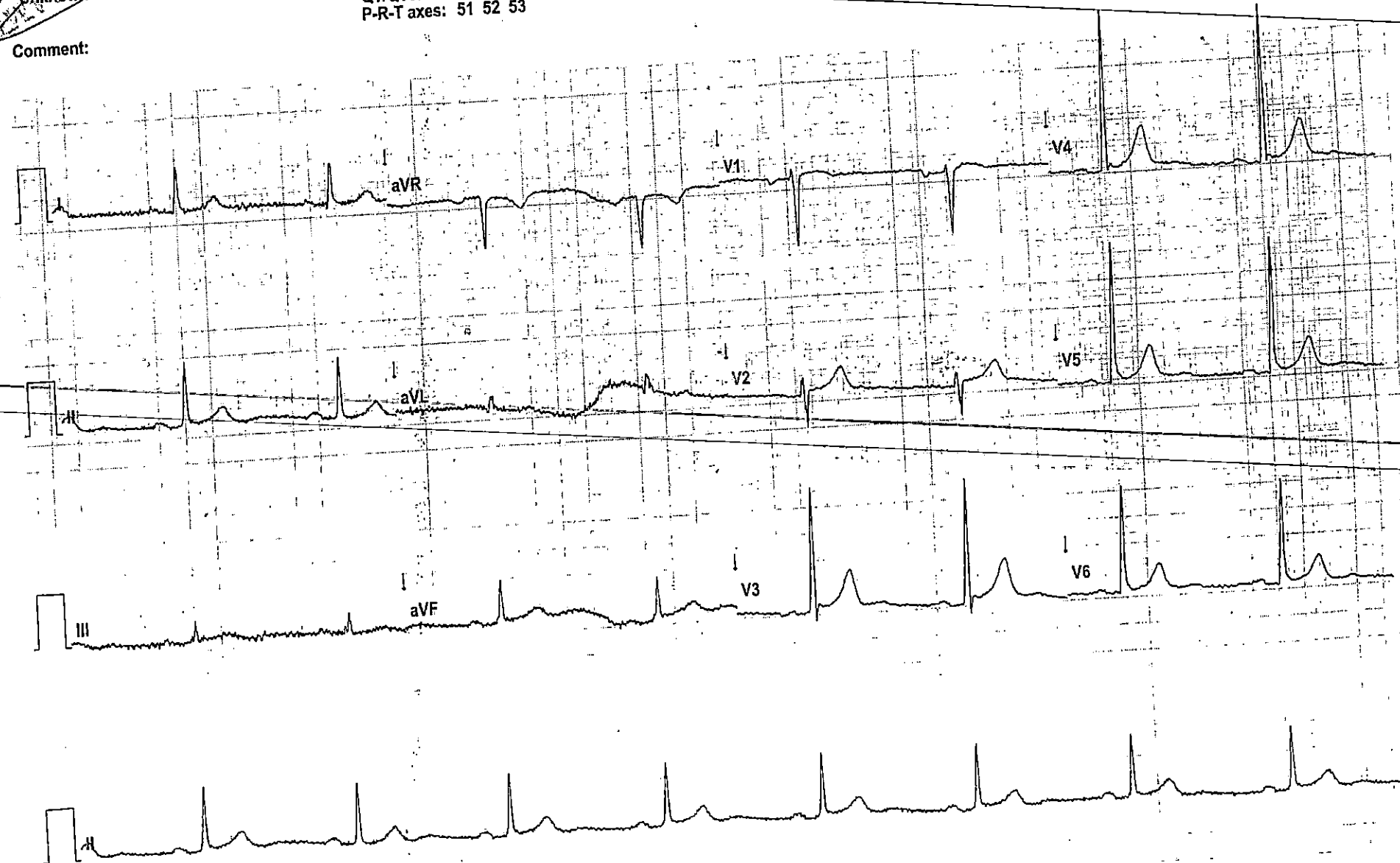
02-May-2019 14:03:51

Vent rate: 51 BPM
PR int: 209 ms
QRS dur: 77 ms
QT/QTc: 406/381 ms
P-R-T axes: 51 52 53

BRADYCARDIE SINUSALE
TRACE EN FAVEUR D'HVG DEVANT
ECG ANORMAL

Revu par

Comment:



Site #0 Cart #0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence #31797 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

Site Zero