

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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- 053964

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : D. OUMA NOSTAFA

Date de naissance : 20/07/1958

Adresse : AL KHOZANA 7ème 10 APT 5 LISSAKA

CASABLANCA

Tél. : 0661 447351 Total des frais engagés : 1022,60 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 : 12/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/7/21	1022,60

[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 canalaires, ainsi que le bilan de

Important :

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

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 ————— G 00000000 00000000 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 L'EXECUT



PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie
Faculté de Nancy
FRANCE

R.C :293256

T.V.A :

Tél :0522650244

Patente:36211260

C.N.S.S:6289468

Le 12/07/2021

FACTURE N°509450

N° ICE : 001666353000076

N° IF : 50804205

**** MR DOUMA MOSTAFA ****

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	REDLIP 20 MG ** 30 CP	97,60	97,60		
3	PRAXILENE 200 MG 20 CPS	69,00	207,00	13,54	7,00
1	CORALAN 5MG / 56CPS	448,00	448,00		
1	COPLAVIX 75MG/ 100MG 30CPS	270,00	270,00		
97,60 LOT : 200756 UT AV: 12/2022 PPV : 69,00DH LOT : 200756 UT AV: 12/2022 PPV : 69,00DH LOT : 200756 UT AV: 12/2022 PPV : 69,00DH MXGS0107 5 118001 130047 AMMA n° : 564/17 DMP/21/17 CORALAN 5mg 56 comprimés pelliculés PPV : 448,00 DH Servier Maroc - Casablanca Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain sebaâ Casablanca Coplavix 75mg/100mg b30 cp P.P.V : 270,00 DH 5 118001 082018					

TOTAL T.T.C :

1 022,60

Nbr Articles

TVA 7% Base :

207,00

Montant :

13,54

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Vingt Deux Dirhams et 60 centimes.

☒ **valable 3 mois**

Le 11/06/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : D'HIAJ Elhame

Certifie que Mlle, Mme, M. : DOUKA Mostafa

Présente Cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance : cf. ord.

(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

1°/ Clopharix 1cp/j
2°/ Triotec 2.5 : 1/2 cpx2/j
3°/ Redlip 20 : 1/2 cpx1/j
4°/ Proxiklear 100 : 1cpx2/j
5°/ Corolan 5 : 1cpx2/j

3 mois

Elhame D'HIAJ
Cardiologue Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars
P.l.s. Carre d'Or - Casablanca
GSM: 981.71.00.44