

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.
- Le 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alial 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

Nº W19-519688

25 932

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	09144	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAMMONY Abdellatif			
Date de naissance : 09/01/1930			
Adresse : Cop/Alcima II - Sidi Maârouf			
Tél. : 0522 32 99 96	Total des frais engagés	1596,60	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Angle Bd. Ibn Rachd - Casablanca - Tel: 0522 31 11 33			
Date de consultation :	10/03/2020	Age :	
Nom et prénom du malade : 21 TOUFE KEBIRA			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
HTA			
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
Signature de l'adhérent(e) : Mouloud

Le : 16/04/2020

RELEVE 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
10/03/2020	27EC-180	INP : 100%	1346,60	DR Sihem El Aouad Cardiologue Angle Bd. Ibn Tachfin Etage N°5 El Mourakuchi Sene Casablanca - Tel: 0522 51 11 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie N.I.C. صيادلة ن.إ.س Lot Alrichaf 2 N°9 Sidi Maatrouf Casablanca Tél/Fax : 0522 58 47 71	10/03/2020	1346,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

CoSTARVAL® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale

Niveau 1



CoSTARVAL® 160 mg/25 mg
8 comprimés pelliculés
Voie orale

Niveau 1



CoSTARVAL® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale

Niveau 1



Le prat

6 118000 380498

Import

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que

SOINS DENTAIRES

INP : _____

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

EFFICIENCE DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

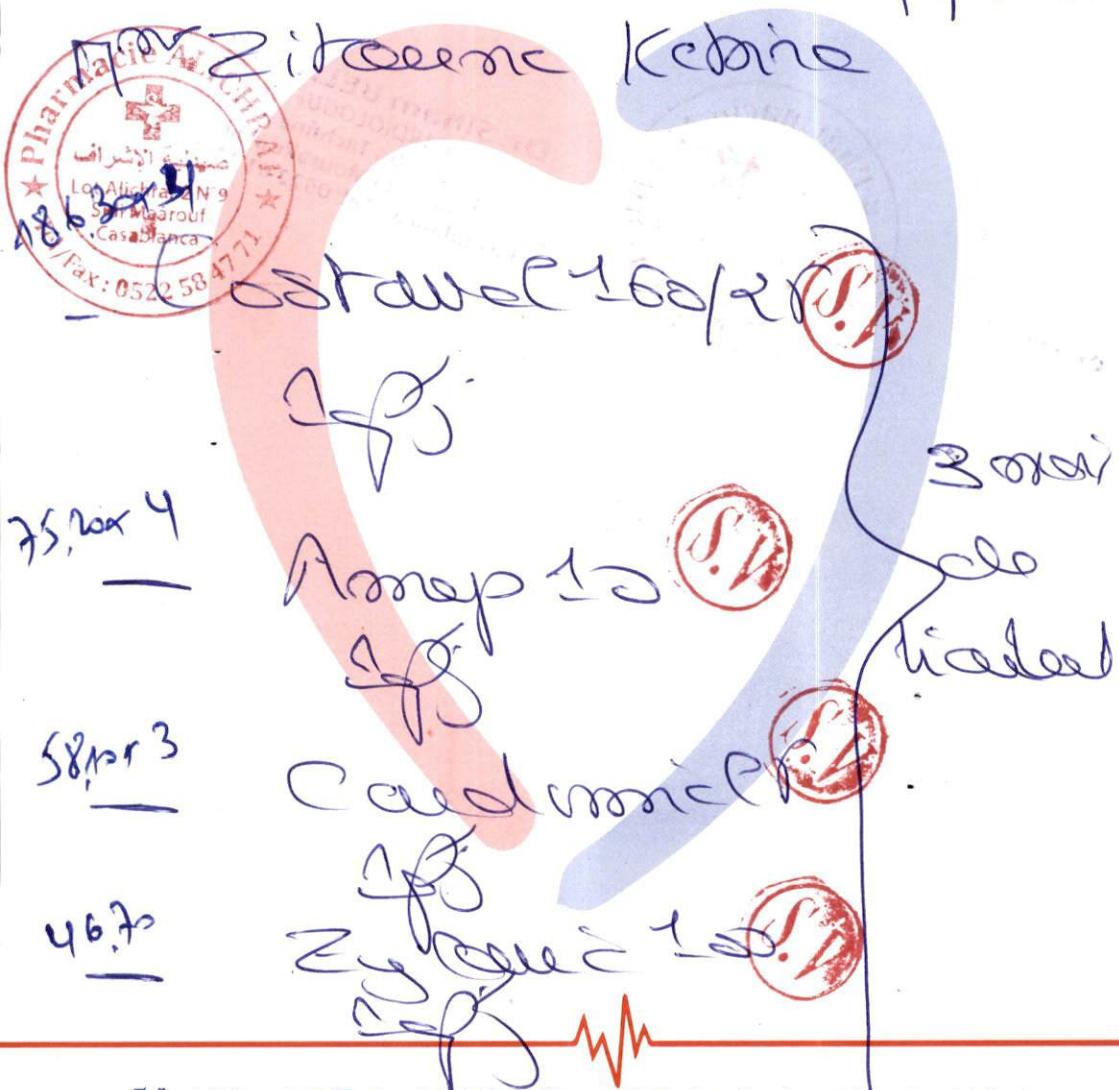
DATE DU DEVIS

COOPER PHARMA

PPV: 75,20 DH



2013/2022



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي ، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

33.80x2
Tr 1246.6

Danoxyp C++
10Gtt Ce soin

S.P.



Dr. Siham BELAICHE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn
El Adraâ EN Mourakouchi
Casablanca - Tel 0522 61 11 33