

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-524178

ND: 34134

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5552

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL ABDELMAJID

Date de naissance : 01/07/1963

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0662183090

Total des frais engagés : 840 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/07/2020

Nom et prénom du malade : BILAL LATIFA

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) :


Le :

20/07/2020

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/20	840,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

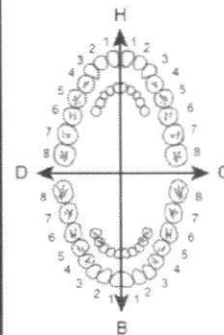
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

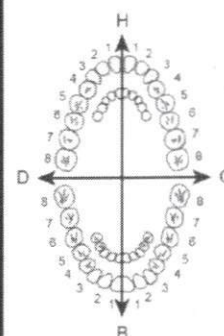
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# D.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## PHARMACIE EL HILAL

77. Rue François Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

## F A C T U R E

Client.....:BILAL LATIFA EP SOUHAIL  
 ICE.....:  
 Date.....:20/07/2020  
 FACTURE.....N°: 13

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
2	CD AMAREL 2MG	125.00	250.00	0
1	APROVASC 300/10MG	209.00	209.00	0
1	VITANEVRIL FORT CP	28.80	28.80	0
2	LANTUS SIMPLE 1AMPOUL	152.50	305.00	0
1	COLPOTROPHINE OV PM	33.80	33.80	7
1	DOLIPRANE 1G SIMPLE	14.00	14.00	7

DONT TVA: 7 %: 3.13  
 DONT TVA: 20 %: 0.00  
 TOTAL TVA : 3.13

TOTAL : 840.60  
 TOTAL NET: 840.60

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
 HUIT CENT QUARANTE Dirhams 60 Centimes

PHARMACIE EL HILAL  
 LAABOUDI Selwa  
 77. Rue François Ponsard  
 Casablanca  
 2025

PPV:14DH00  
 PER:03/23  
 LOT:J885

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1  
 Ain sebaa Casablanca  
 Lantus Solostar 100U/ml Inj  
 b1 sty 3ml  
 P.P.V : 152,50 DH  
 6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1  
 Ain sebaa Casablanca  
 Lantus Solostar 100U/ml Inj  
 b1 sty 3ml  
 P.P.V : 152,50 DH  
 6 118001 081608

PPV  
 LOT  
 PER

28,80

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1  
 Ain sebaa Casablanca  
 APROVASC 300mg/10mg B2E  
 Cp Pel  
 PPV : 209,00 DH  
 6 118001 082056

Exp Date  
 OCT 2022  
 Lot/Batch  
 7P869

maphar  
 Km 10, route côtière 111  
 quartier Industriel Zanete Ahm Secae  
 Casablanca - Maroc  
 COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 10  
 P.P.V.: 33DH80  
 6 118001 180691