

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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- 053377

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société : 41219

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMMED

Date de naissance : 1/11/1945

Adresse : 19 Rue Soukhouane Boy Raha Casablanca

Tél. : 0671496270 Total des frais engagés : 1355 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 : Le : 03/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

23 SEP. 2020

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 14 / 0055276



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 14 / 0055276

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1098
Nom & Prénom		DIANI Mohamed	
Fonction	Retraité	Phones	067146677
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhère		Conjoint	Enfant
Age		Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
HSA + ASHAW			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Onu	C	= 1505	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		1205.00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Signature de
SOUHEL Thami
66 BP Fardous GH 2
Tel : 078 53 16 16

Pharmacie du CAF
Mme CHAOUA
1 Rue Al Oukhroun
Casablanca - TAF
05 22 39 89 73

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
118001 082025

Oulfa - Casablanca
Tél. : 06 70 53 16 16

الهاتف : 06 70 53 16 16

Casablanca, le : 24/06/2022 في الدار البيضاء.

Dr. Desmi Toluend

$115,8 \times 2 = 231,6$
 $779,2$
Aprovase 150

(SV)

1 cp 4x 2 mois

$185 \times 2 = 370$
So flen 202

$14000 \times 4 = 56000$
Bia 1/4 2x 2 mois

Do 6/7 avec 18

1205.00 1 cp du 6 au 12/07/2022

Pharmacie du CAF
Mme CHAOU SAMIRA
1 Rue Al Oukhouane Beauséjour
Casablanca - Tél. 05 22 39 89 73

Dr. SOUHEL Thami
06 70 53 16 16

PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1130



PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1160



PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1130



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 160mg/6mg B28
Cp Pel
PPV: 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 160mg/6mg B28
Cp Pel
PPV: 155,80 DH
6 118001 082025

LOT: GB91039
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

Cipla Maroc

LOT: GB91436
PER: 07/2022
PPV: 185 DH 00

Cipla Maroc

Bien agiter avant chaque utilisation