

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.

Pathologie 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.

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.

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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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.

S : 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- 055962

NID: 44487

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDE RRAHIM

Date de naissance : 14-05-1955

Adresse : CITE Djemaa Rue 131 N° 09 Casablanca

Tél. 0661727546 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samira GUASMIAT
Médecin Généraliste
C. U. d'Echographie Générale
Jamilia 5, Rue 62 N° 11 Djemaa

Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du malade : MOUJTAHID ABDE RRAHIM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DNI

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 10/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : AB

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
02/10/20	C1		Contrôle	Dr. Samira G. Samir C.U. d'ECHECHEN Jamilia 5, Rue 22 No 11 - Casablanca Tél: 022 59 75 70 = 065 35 69 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SBATA TAZI (RATIAA) 259, Boulevard Mohammed VI Casablanca Tél: 0521 37 19 15 - IF: 49628100 C.S.S: 1579088 - I.C.E: 001632349000079 INPE: 092052552 - Pat: 37426120	02/10/2020	640,00 330,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

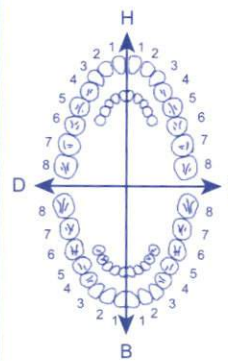
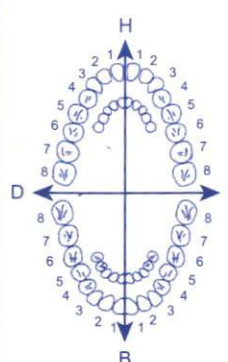
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Samira GUASMIATE
OMNIPRATICIENNE
C.U.Echographie générale
ICE N° 001716682000066

Casablanca, le 02/10/20

ORDONNANCE

NOM ET PRENOM:

M^r Moustahid Abderrahim

390.00

1/

Golinus 50/1000 mg

Apr 2/1 x 1 mois

100,00 x 1 2/1 KIT

100,00

180,00 x 3

540,00

Com cell

+ Bantale

PHARMACIE SBATA
TAZI RAFIAA

259, Bd Sakia Al Hamra
CASABLANCA
Tel: 0522 37 19 15 - IF: 49628100
CNSS: 1579088-ICE: 001632349000079
INPE: 092052362 - Pdt: 37426120

TOTAL: 649,00

Dr. Samira G
Medecin
C. U. d'Echographie
Jamila 5, Rue 62
CASABLANCA
Tel: 022 59 75



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 82607155953
INFO PHARMA
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



6 82607155953 4
INFO PHARMA
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



6 82607155953 4
INFO PHARMA
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

Jamila 5, Rue 62, N° 3, Cité Djemaa Ben Msick Casablanca 20452 Tél: 05 22 5

Email: healthisgold@hotmail.com

**Mr. MOUJTAHID
ABDERRAHIM**

Date de facturation /Casablanca, le 07/10/2020

FACTURE N° 2020NF010

Désignation	Quantité	Prix	Total
ON CALL EXTRA KIT DE GLYCEMIE	01	100,00	100,00
ON CALL EXTRA BANDELETTE 50TEST	03	180,00	540,00

Quantité Des Articles	04
------------------------------	----

TOTAL TTC	640,00
Mode de paiement	ESPESE

Arrêtée la facture à la somme de :

Six Cent Quarante Cents Dirhams TTC.

Casablanca, le 07/10/2020

