

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 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- 063144

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1031 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANOUNI MOSTAFA

Date de naissance : 25 05 1953

Adresse : N° 13 BLEA ABED RT AZZEMMOUR

DAR BOUAZZA

Tél. : 0671 065128 Total des frais engagés : 1326,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : KANOUNI Mostafa Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 24/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

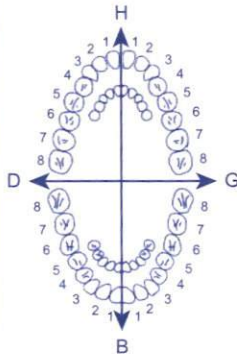
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/20	1326,50

[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

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 CœEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CœEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Délégation Province de Nouaceur

Hôpital SAR Prince

Héritier Moulay El Hassan



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية النواصر
مستشفى صاحب السمو الملكي
الامير مولاي الحسن

ORDONNANCE

CACHET DU MEDECIN

A DS le 20/10/2020

KAMUNI Moustapha

3x35.70 1) IAR Jélic Moustapha

2x361 up

+264 2) Ex Jélic Moustapha

3x77.80

3) Ex Jélic Moustapha

1326.50

up

288 3 mois

PHARMACIE DAR BOUACZ
ZAHZOUHI Amina
Dar Bouazza Oued Jemna
Tél. : 0522 29 07 74 - Dar Bouazza





611800103056 9

EXFORGE ○**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



611800103056 9

EXFORGE ○**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 264,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



611800103056 9

EXFORGE ○**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

hors de portée des enfants.
température inférieure à 20 °CLOT : 8MA067
PER : 01/2020**KARDEGIC 160MG** ○
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



ient:

6 118001 081189
vairartan 160 mg
Excipients q.s.LOT : 9MA076
PER : 08/2020**KARDEGIC 160MG** ○
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 8MA067
PER : 01/2020**KARDEGIC 160MG** ○
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

نواء خاضع لوصف إرلي خاص للمختصين في أمراض القلب وسحب



6 118001 100842

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 77,80 DH

7862160237



6 118001 100842

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 77,80 DH

7862160237



6 118001 100842

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 77,80 DH

7862160237