

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.

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.

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.

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

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- 049682

ND: 49123

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 396 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHART A Fatima (Ep. HOUT)

Date de naissance : 1988

Adresse : 16, Rue de Tanger (A9) Casa

Tél. : 06/61/32/60/80 Total des frais engagés : 2.054,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital de
Longue Durée

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOUKHART A Fatima Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A.

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 : 18/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LATIF Rte d'Azerrouj, Commune Dar Bouazza G.H. Massakine, Equipement 48, N° 1 Casablanca - Tél: 0522.96.15.98	21/11/20	2064,20 DHS

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
		AM	PC	IM	IV	

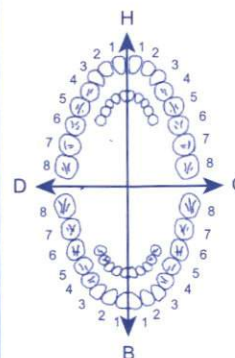
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>	46,50			COEFFICIENT DES TRAVAUX
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>	46,50			MONTANTS DES SOINS
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>	83,10			DEBUT D'EXECUTION
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>	83,10			FIN D'EXECUTION
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>	83,10			DES TRAVAUX
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>				DATE DU DEVIS
<div> <div> 6118001030897 EXFORGE HCT 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH </div> <div> 1126506-417-MA 6458 </div> </div>				DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LATIF

Dr. Zineb IBENCHEKROUN

05 22 96 15 98

Route d'Azzemour, G.H. Massakinouna EQ 4B N°1, Dar Bouazza



Facture N° 20201119-179

Date de vente : 18/11/2020
Médecin traitant : DR RAMY

Mme HOUTI FATIMA

CASABLANCA, Maroc

PHARMACIE LATIF

Rte d'Azzemour, Commune Dar Bouazza
G.H. Massakinouna. Equipement 4B, N° 1
CASABLANCA - Tél: 0522.96.15.98

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TENORMINE CO 100MG B28 COMP SECA GM	2	83,10	Exonéré (0.00%)	166,20
TENORMINE CO 100MG B14 COMP SECA PM	2	46,50	Exonéré (0.00%)	93,00
EXFORGE HCT CO 10MG/12.5MG/160MG B28 COMP	5	361,00	Exonéré (0.00%)	1 805,00

Total HT	2 064,20 DHS
TVA	0 DHS
Total	2 064,20 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille soixante-quatre
DHS et vingt centimes**

PHARMACIE LATIF

Rte d'Azzemour, Commune Dar Bouazza
G.H. Massakinouna. Equipement 4B, N° 1
CASABLANCA - Tél: 0522.96.15.98