

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Hi
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° W21-723217

153389

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARIJOU Chahya
 Date de naissance : 22-02-1975
 Adresse : Habituée
 Tél. : 064 314 6800 Total des frais engagés : 80,50 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 : CASABLANCA Le : 28/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie HAY KARAM CASA</p> <p>98, Bis Av. C Hay Karam</p> <p>O.L. Sidi Boumoussi - Casa</p> <p>Tél : 0522 35 93 82</p> <p>INPE : 092031046</p>	11/02/23	T = 80,50

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

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

[Création, remont, adjonction
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la pro

Clartec

Loratadine

Lorata

UT. AV : 07-24

P.P.V : 32 DH 00

15 compr

Chlorine 100000

boîte de 15 comprimés

REVIS

6 Suppositoires Voie rectale

Hemofast®

14,50

PPV:20DH00
PER:09/24
LOT:K2622

Tél : 0522359382

11/02/2023

CHARIFA EL MARZOUKI

FACTURE N° : 4645 du 11/02/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1000 MG COMP.	14,00	14,00	7%
1	CLARTEC, 15 COMP.	32,00	32,00	7%
1	DOLIGRIP STS	20,00	20,00	7%
1	HEMOFAST X 6 SUPPO	14,50	14,50	7%
			Total TTC	80,50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUATRE-VINGTS DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	75,23	5,27	80,50
		75,23	5,27	80,50

Pharmacie HAY KARAM CASA
98, Bis Av. C Hay Karam
Q.I. Sidi Bernoussi - Casa
Tél : 0522 35 93 82
INPE : 092031046

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 01/25

LOT: L143