

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

maladie chronique.

77P1161



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-775687

158586

par courriel

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1161

Matricule : 1161 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSAMLAH Mohamed

Date de naissance : 30/04/1980

Adresse : Rd. Yasmine 1182 Apt n° 11 WIFAL
TEMARA

Tél. : 06 61 13 41 22 Total des frais engagés : 918,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : BOUALILA Fadwa Age : 19/3

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

Nature de la maladie : maladie chronique

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 : Sale Le : 20/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMLALI 37, RES HALIMA 1- SIDI MOUSSA- SALE Tel: 83 37 03 43 69	20/02/23	918,502

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

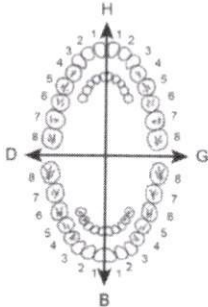
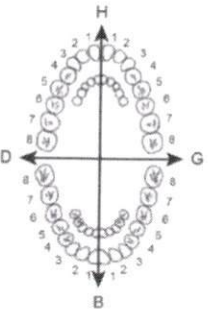
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة بسمينة ليددي
Docteur Lididi Yasmina
CARDIOLOGUE

Salé, le: 20/02/2023

Ave BOUALILA Fadma

269,00 x 3 = 807,00

- Coveram 10/5

1 - 0 - 1

3700 x 3 = 111,00

- Bioprol 2,5

1 - 0 - 0

3ures

= T = 918,00

PHARMACIE SEMLALI

31, RES HALIMA I

N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE

Tél : 05 37 83 45 60

INPE = 102084860

PHARMACIE SEMLALI
31, RES HALIMA I - M9
SIDI MOUSSA - SALE
Tél : 05 37 83 45 60

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10/5

30 حبة



COVERAM®

10 mg/5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production
Zone Industrielle
Aéropole Nouasser

269.00 DR

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10/5

حبة 30



269.00 DR

COVERAM®

10 mg/5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co. Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10/5

حبة 30



269.00 DR

COVERAM®

10 mg/5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

BIPROL[®] 2,5 mg

Bisoprolol
POLYMÉDIC

37,00 dr.

POLYMÉDIC

37,00

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

BIPROL[®]
Bisoprolol
2,5 mg
POLYMÉDIC

37,00 dr.

POLYMÉDIC

37,00

30

COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE