

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 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

M23-007358

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JALIL MOHAMED
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASA
 Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : 564,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : JALIL MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ADIC Rectum
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

07 MAI 2023

Le : 07 / 04 / 2023

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
17/04/2023	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIRABEL CASA SAMIKAOUI, Docteur en Pharmacie - ULP (Strasbourg) ICE - INPE 092042829 Rue des Fauvettes, 20410, Oasis - Casablanca 0522 23 11 59 - Fax 0522 23 25 45 - mirabels@mirabels.ma	17/04/2023	564,60

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 :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, 2023

الدكتور سعيد تاشفين
 Docteur Said TACHFINE

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية
 ONCOLOGUE MEDICAL

Dr. SAUL Tachfine

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1.
 Ain sebaâ Casablanca
 Solupred 20 mg 20 cp
 P.P.V.: 48,70 DH
 6 118000 060536

48,70
 1/ - Solupred

123,60
 2/ - 7me neu he

34,10
 3/ - 7me neu he

17,30
 4 - 2e neu he
 46,10

5/ - Dr getine ag
 TSUR

www.centreakindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente: 35806396 | I.F: 01002283

Siège Social: 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370
 Accueil Général: +212 520 48 72 00 / 01
 Secrétaire Radiothérapie: +212 520 48 72 02
 Secrétaire Consultation Médicale: +212 520 48 72 03
 Fax: +212 522 39 33 33
 Service Prise en charge et Devis: +212 520 48 72 04

PHARMACIE MIRABEL CASABLANCA
 A. SAMKAoui, Pharmacien en Pharmacie - U.P.S.
 102, Avenue E - 092042829 -
 5, Rue des Fauvettes 20410, Oudjda Casablanca
 Tél.: 0522.23.11.59 - Fax.: 0522.23.20.45 - mirabel9@gmail.com

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier boun al ouam roches
 noires casablanca
 INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Boite 14
 641/SDMP/21ANQ P.P.V.: 123,60 DH
 118001 020607

MYANTALGIC®
 20 comprimés effervescents
 PPV 34DH00
 EXP 08/2025
 LOT 26
 MYANTAL
 20 comprimés effervescents
 6 118000 030164

CLOPRAME® 10 mg
 40 comprimés sécables
 6 118000 030164

10 mg 40 comprimés sécables
 17DH30
 P 10/2025
 T 28064 4

LOT 222658 1
 EXP 08 2027
 PPV 46,00 DH

Digestine
 30 gélules Remboursable AMO
 6 118000 020684

C000 17
 المقبول
 20 48 72 07
 20 48 72 09
 20 48 72 20

295,5
6) mucosamine
Par le Bach
av



BOTTU S.A.82 Allée des Casuarinas,
Aïn Sebaâ 20580, Casablanca

PPC : 295 DH 00

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

TS 564,60



mucosamin[®]
MOUTHWASH

PHARMACIE MIRABEL
A. SAMKAOUI, Docteur en Pharmacie
Diplômé de l'Université (Strasbourg)
Diplômé de Pharmacie Oncologique (Nancy)
5, Rue des Fauvettes, 20410, Oasis - Casablanca
Tél.: 0522.23.11.59 - Fax.: 0522.23.26.45 - mirabel9@msn.com