

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.



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

Déclaration de Maladie

M22-0058871

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 163337
 Nom & Prénom : AKEL BOUL DRISS
 Date de naissance : 09-02-65
 Adresse : 55 RUE 11 LOT 12 WAHDA 2 DEROUA
 Tél. : 0673725437 Total des frais engagés : 01034,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMRANI KHADIJA Age : 50

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : DIABETE

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 : DEROUA

Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- o Réclamation : contact@mupras.com
- o Prise en charge : pec@mupras.com
- o 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

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 ELFAIZ N°50 Lot Khadim 2 Deroua Tel: 0522018569 INPE: 062071030	25/05/23	1034,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

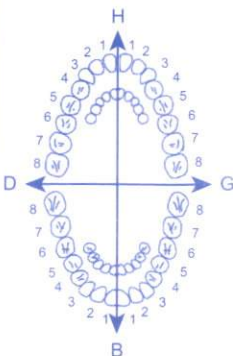
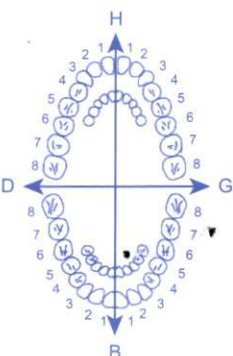
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				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



DR ELFAIZ

PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

R.C :21908

Patente:55800221

TVA:

Tél :05 22 51 58 69

Le 25/05/2023

FACTURE N°202305

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI GHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	GLUCOPHAGE 1000 MG / 30 CPS	28,00	168,00		
1	BANDELE BIONIME / 25	70,00	70,00	11,67	20,00
1	BANDELE BIONIME / 50	130,00	130,00	21,67	20,00
6	INS HUMALOG MIX 50 / 1 STYLO	111,00	666,00		

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot Khadija 2 Deroua
Tél:0522515869
N°PE:062071030

TOTAL T.T.C :

1 034,00

NDI Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

200,00

Montant

33,34

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Trente Quatre DIRHAMS.

70,00



4 710627 337996
Maroc Diabete Plus
94 Abou Assalt
Casablanca
Morocco




4 710949 338558
Maroc Diabete Plus
94 Abou Assalt
Casablanca Morocco

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2024-10-03
LOT 2122A1907

130,00



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



LOT 2422A0504
2024-09-19

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

LOT 230005
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 230005
EXP 01/2026
28.00DH

LOT 221670
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 221670
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 230389
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

LOT 221670
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT D455069AD.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH