

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

- 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'Unité
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
M23-008515

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7941 Société : RAM 04071
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAKHREIF Sami
Date de naissance : 25/06/1961
Adresse : 25 Rue TAMANOR 5- BOIT 24 CASAB
Tél. : 0661593659 Total des frais engagés : 309,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELGAITH Khadija
Médecin Généraliste
45, Bd. Bourgogne 1er Etage
Appt. N° 3 - Casablanca

Date de consultation : 08/05/23

Nom et prénom du malade : M^{me} AINAME KHANJA Age :

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

Nature de la maladie : Affection dentaire

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 : Casab Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-------------------	------	-----------------------

3560100	INNE 092		
---------	----------	--	--

ANALYSES, RADIOGRAPHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Socket at implant		Bin at implant	Maxilla

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX			
Cachet et signature	Date des	Nom	Montant détaillé

--	--	--	--	--	--	--

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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

Important :

Dents	Nature des			
-------	------------	--	--	--

--

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

	Franchisees	Co-ops	

[illegible][illegible]

0.05	DETERMINATION OF COEFFICIENT				
------	------------------------------	--	--	--	--

U.D.F.	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
PROTHESES DENTAIRES		

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	Coefficient
	H	

25533412	21433552	DES TRAVAUX
----------	----------	-------------

23333412	21433332	
00000000	00000000	

H	D	G
	00000000	00000000

	35533411	11433553	MONTANTS	
---	----------	----------	----------	--

	B	MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

7 (v) 7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagram showing a horizontal line with points D, G, and a point between them. Above the line, there are two circles, each containing the number 8. A double-headed arrow is drawn below the line, spanning the distance between the two circles.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BELSHITI Khadija
Médecin Généraliste
45, Bd de Bourgogne 1er Etage
Appt N° 3 - Casablanca

Ordonnance

12-08-07-23

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22. 27. 35. 82
TP 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639

3^{me} Avant  utérin

1 - Colonne 

14160 

2 - ~~Caractéristiques~~ Co

45150 

1 - H.E.C.  p

10110 

89,100

PCC (DH) :

A utlav.:

Lot n°:

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc
Pharmacie Responsable
Dr. Maria MAFTOUH
Ne pas laisser à la portée des enfants
تنبه لا يتركه الاطفال
TUBE de 25 g.
P.P.V. : 10,10 DH

PER 07/22
FV1ADH60
191 L2510

LOT: M22037
EXP: FEV 2025
PPV: 45,50 DH

Pharmacia AL FARAB.
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.35.82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000010
INPE 092004833

DR. BELGHITI Khadija
Médicine Générale
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Appl. N° 3 - Casablanca



159,120

89,100



205 - 11 - 10

MAGNE

PHARMACIE AL FARABI

45, BD BOURGOGNE CASABLANCA

ICE : 001654187000019

Tél : 05-22-27-35-82

Patente : 35601098

Le : 16/05/2023

Facture N° 749 534

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	DOLIPRANE 1G EFF /8	1	14.60	14.60
CO	CATAFLAM 50 MG / 20 CPS	1	45.50	45.50
PD	HEC	1	10.10	10.10
CO	MAGN UP	1	89.00	89.00
4	Total	4		159.20

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS ET VINGT CENTIMES

159.20

