

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

- 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

N° W21-802963

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4856 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : G HABBAR Mostafa

Date de naissance : 18/05/61

Adresse : 16 Rue Mosk elile Résidence Zahra
Beausejour CASA 20200

Tél. : 0661965316 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : Ben Dourou

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 : CASA

Le : 01/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 01/11/83 | 2838,00 DH |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

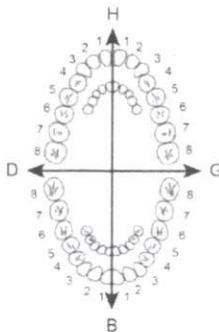
[illegible]

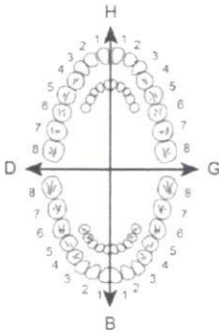
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

| 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 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
|---|---|---|---|--|--|
|  | <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | |
| | (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



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le... 01/11/2023

2838,00AH
PHARMACIE CENTRE INTERNATIONAL
D'ONCOLOGIE DE CASABLANCA

BENDOUROU KARIMA

LEFTARA

274,00AH x 6
PHARMACIE CENTRE INTERNATIONAL
D'ONCOLOGIE DE CASABLANCA

1cp par jour pendant 6 mois

Distribué par PROMOPHARM

Z.I. du Sahel - Had Soualem

Prix hôpital : 473 DH 00

Distribué par PROMOPHARM

Z.I. du Sahel - Had Soualem

Prix hôpital : 473 DH 00

Distribué par PROMOPHARM

Z.I. du Sahel - Had Soualem

Prix hôpital : 473 DH 00

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, route de l'Obélisque - Almorhades
Casablanca
Tél: 05 22 77 55 33

ettes, Casablanca

22 99

na
80000

Distribué par PROMOPHARM

Z.I. du Sahel - Had Soualem

Prix hôpital : 473 DH 00

Distribué par PROMOPHARM

Z.I. du Sahel - Had Soualem

Prix hôpital : 473 DH 00

مع 2,5

Distribué par PROMOPHARM
Z.I. du Sahel - Had Soualem
Prix hôpital : 473 DH 00

30 قرص مغلف

Leff tara® 2,5 mg

30 Comprimés Enrobés
30 قرص مغلف