

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'Horizon
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

M23-005119

182297

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7343 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMER MOHAMED

Date de naissance : 21/02/1967

Adresse : HAY SNARA 1 RUE 15 N° 21 Casablanca

Tél. : 0668194344 Total des frais engagés : 1203,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. K. ELABTANY SEFRIOU
PNEUMOPHTISIOLOGUE
209 Bd 10 Mars Cité Mabrouka
Casa- Tél : 05 22 59 40 19

Date de consultation : 4/11/23

Nom et prénom du malade : DANEN HASSAY Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Mal - Me - C - F - T

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 : Le : 10/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/11/23	953,40

[illegible][illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]**CHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija HABTANY SEFRIQUI
PNEUMO PHTYSIOLOGUE

Spécialiste des maladies des poumons
 Asthme Tuberculose
 Allergie Respiratoires
 Enfants et Adultes

209, Boulevard 10 Mars
 Tél. : 05 22 59 40 19
 Casablanca
 (Sur Rendez-vous)

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

الدكتورة خديجة هيطاني الصفريوي

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي
 الضيقة - السل
 أمراض الرئة والحساسية
 للكبار والصغار

209 شارع 10 مارس
 الهاتف : 05 22 59 40 19
 الدار البيضاء
 (بالموعد)

Casablanca, le :

4.11.23

في : الدار البيضاء

DANER Hassan

PHARMACIE LUMIERES
 LAHRICHI SAÏ AU
 550, Bd. Al Gods, Inara, Ain Chok
 Casablanca - INPE : 092040427
 Tél. : 05 22 62 49 39

234.60

1 - doxycycline (R130)

14 levon

epid3

(N3)

130.00

2 - Levamisole (R120)

14 x 31, Oval

14 x 31, Oval

34.70

3 - Sunk 200 (N1)

247 le mat epidio

34.70

LOT N°:
 UT. AV. :
 PPV (DH) :

SERFLUX 25µg/250µg
PPV: 169,60 DH

SERFLUX 25µg/250µg
PPV: 169,60 DH

SERFLUX 25µg/250µg
PPV: 169,60 DH

PPV 65DH00

LOT 22022 1
EXP 06/2024

78,20

LOT 14180
PER 12/24
PPV 78DH20

PPV 78DH20
PER 06/25
LOT 14180

LOT 14180
PER 12/24
PPV 78DH20

(S.V)

45,30 u - Veuhlu Sp
2 bouffes' alé d'g

508,82

3 x 169,60

SERFLUX 250 (NB)

2 bouffes - 2 (S.V)

1/10 de bouffes

Lot
EXP
PPV

LV4Y
11 2024
45,30 DH

953,40

103

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AD
530, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok
Casablanca - INPE: 092040427
Tél.: 05 22 52 40 29

Dr. K. HARTANY SEFRIQUI
PHARMACIEN TISIOLOGUE
209, Bd 10 Mars - Cité Malouka
Casa - Tél.: 05 22 59 40 19