

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, parodontologie 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° W21-602007

203506

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'Adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAÏSSA Ahmed

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : hab.uelle

Tél. : 0671 92 7084 Total des frais engagés : 5

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TAOUFIK LOUEFI
Cardiologue
Rythmologie Interventionnelle
INPE : 910255
Tél : 0661 40 40

Date de consultation : 06/04/2024

Nom et prénom du malade : M BENAÏSSA AHMED

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

Nature de la maladie : Maladie Coronarienne

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 : Casablanca le : 06/04/2024

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
 Pharmacie Moderne 33, Lot. Bouchra Route 1100 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 32 19 29	16/04/24	5622,00

[illegible]

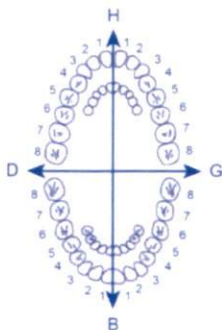
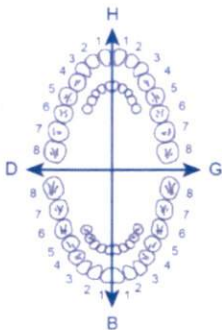
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	<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



ORDONNANCE

Le 16/04/2024

M. BENARSSA

AHMED.

748,000

S.V.

Pharmacie Marsad
93, Lot, Bouchra Route 1100
Sidi Madinat-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

1. Eligius Ing

98,900

S.V.

2. Am bor 10mg

130,800
49,30

S.V.

1-0-0
oeder 20

0-0-1

Dr. TAOUFIK LOUAH
Cardiologue
Rythmologie interventionnelle
INPE : 91026807
Tél: 0661 40 34 47

11
de
six mois
(06 mois)

T = 5622,00

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° : 98,90

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° :

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° :

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° :

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° :

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° :

UT.AV : P.P.V. :

LOT N° :

LOT: 230645
PER: 09-2025
PPV: 130,80DH

LOT: 230645
PER: 09-2025
PPV: 130,80DH

LOT: 230645
PER: 09-2025
PPV: 130,80DH

LOT 220288
EXP 09/2024
COOPER PHARMA
PPV: 49,30 DH

98,90

98,90

98,90

98,90

98,90

98,90



Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 748,00 DH



Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 748,00 DH



Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 748,00 DH



Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 748,00 DH



Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 748,00 DH



Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 748,00 DH

