

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0031516

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LAANKISSI 4804 Société : 204641

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAANKISSI Abdelhak

Date de naissance : 13.1.1960

Adresse : Benchid

Tél. : 0666353691 Total des frais engagés : 697,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : 07/05/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 LAELA HABIBA 534, El Afag, CR Saada Mazekch Tel : 05 24 42 26 03	20/04/2024	± 697,30 ±

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

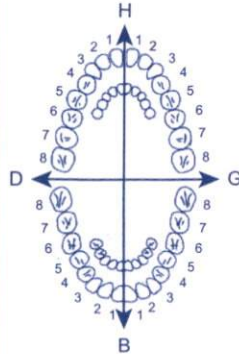
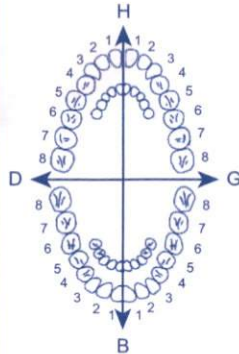
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div> <div> DENTITION</div> <div> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> </div> <div> <div>21433552 00000000 00000000 11433553</div> <div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LALLA HABIBA

Dr. Imane BENHIDA

Nr.534 Lot. AFAQ 1 CR Saada Marrakech

Tel : 0524422603

T.P. : 47940336 ; R.C. : 110956

PATIENT : LAKISSI Abdelhak

FACTURE Nr: 02/24

LE 20/04/2024

Produit	Quantité	Prix	Total
1) Amovel 4mg	01	68,80	68,80
2) Dioferminin 8mg	01	18,10	18,10
3) Rozot 2mg	01	238,10	238,10
4) Coplovia 75/10mg	01	270,10	270,10
5) Conti pla 0,4mg	01	102,50	102,50
		TOTAL	697,30

PHARMACIE LALLA HABIBA
534 El Afaq CR Saada
Marrakech
Tel : 05 24 42 26 03

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Six Cent Quatre Vingt
Deux Sept DIRHAMS et 30 Centimes



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

☒ valable 3 mois

Le ..01/..03/2024..

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 32 43 39

Dr. Raïdi Fatima Zahra

Certifie que Mlle, Mme, M.

Laakissi Abdallah

Présente

Diabète type 2 + Dyslipidémie + Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

Amel H. - Difemin 2x2 - 10020203 - Coproavine
centiles b

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. KAIDI Fatima Zahra
 Spécialiste en Endocrinologie diabétologie
 Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa
 Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء
 اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري
 خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
 طبية داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
 ابن رشد

Ordonnance

Nom : Lou Kessi Abdellah Berrechid, le : 01.03.14

68,80
 1) Amarel 4mg



ارماتيل

PPV: 18 DH 00
 PER: 01/27
 LOT: N453

18,20
 2) Diogecamine 850

3) 238,10
 3) Razat 20

Dr. Kaidi Fatima Zahra
 Endocrinologue
 Tel: 05 22 324 339
 PPV: 238 DH 00
 PER: 11/25
 LOT: M406-2

4) 109,70
 4) Coeplavix 75 mg

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1.
 Ain sebaâ Casablanca
 P.P.V.: 270,00 DH
 b30 cp
 Coplavix 75mg/100mg
 PPV: 102 DH 50

5) 69,50
 5) Contiglo 0,4 mg

Dr. Kaidi Fatima Zahra
 Endocrinologue
 Tel: 05 22 324 339
 PPV: 102 DH 50