

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

- 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'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° W19-546031

MLD

ND: 30426

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8516 Société :

☐ **Actif** ☒ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : HARCHACHE - EL MAACHI

Date de naissance : 07-12-1956

Adresse : Hay Moujani 86e 102 N° 20 ELAMAL - CASA

Tél. : Total des frais engagés : 1.763,5 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/20	701,40
	26/06/20	144,80
	26/06/20	917,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

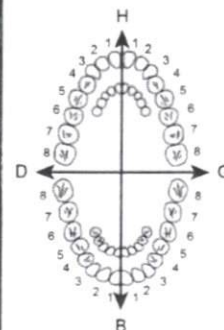
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

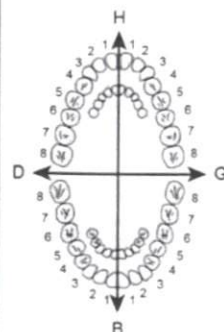
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
		B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



REVEAL SARL
TAHIRI HASSANI MOHAMED
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :306555
Date : 26/06/2020

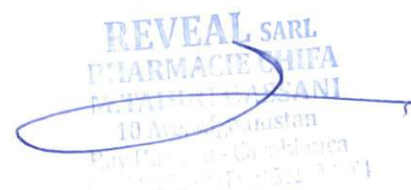
Client :
MR HARCHACHE EL MAACHI

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
CORONAT 25 MG COMP	6	116.90	701.40
<div>Lot: PD0452A Per: 04/2022 PPV: 116DH90</div> <div>Lot: PD0452A Per: 04/2022 PPV: 116DH90</div> <div>Lot: PD0451A Per: 04/2022 PPV: 116DH90</div> <div>Lot: PD0451A Per: 04/2022 PPV: 116DH90</div> <div>Lot: PD0451A Per: 04/2022 PPV: 116DH90</div>			

Total TTC = 701.40

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SEPT CENT-UN DHS 40 CTS

Bon rétablissement



Pharmacie CHIFA
10 Ave Afghanistan



REVEAL SARL
TAHIRI HASSANI MOHAMED
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :306555
Date : 26/06/2020

Client :
MR HARCHACHE

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
AMLOR PLUS 5/10 MG COMP	2	246.00	492.00
AMLOR 5 MG 28 COMP	3	89.20	267.60
TAHOR 10 MG 28 CP	2	79.00	158.00

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00
6 118000 250340

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10 mg
Boite de 28 comprimés
Lot : 1276874
Date Fab : 06 / 2019 Date Ex : 05 / 2022
PPV : 79.00 DH

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés
P.P.V: 246DH00

6 118001 170777

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés
P.P.V: 246DH00

6 118001 170777

UT.AV : 05 2022 P.P.V.

LOT N° : 1276 71 89,20

UT.AV : 04 2022 P.P.V.

LOT N° : 127428 89,20

UT.AV : 02 2022 P.P.V.

LOT N° : 12877 89,20

Total TTC = 917.60

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : NEUF CENT-DIX-SEPT DHS 60 CTS

Bon rétablissement

Pharmacie CHIFA
10 Ave Afghanistan

REVEAL SARL
PHARMACIE
M. TAHIRI HASSANI MOHAMED
10 Ave Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 33 03 - Fax: 0522 90 16 16



REVEAL SARL
TAHIRI HASSANI MOHAMED
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :306555
Date :26/06/2020

Client :
MR HARCHACHE EL MAACHI

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
CARDIO ASPIRINE COMP	3	27.70	83.10
KARDEGIC 75 MG SACH	2	30.70	61.40

LOT : 19E003
PER : 04 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Total TTC = 144.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CENT-QUARANTE-QUATRE DHS 50 CTS

Bon rétablissement

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIRI HASSANI
10 Ave Afghanistan
Houari Boumedienne

Pharmacie CHIFA
10 Ave Afghanistan