

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° W19-441937

42676

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **05936** Société : **RAM**

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

Nom & Prénom : **AYOUB HASSAN**

Date de naissance : **14/09/1964**

Adresse : **HAY MOULAY ABDELLAH RUE 229 NRUC
ANN CHOK CASABLANCA**

Tél : **0661403847** Total des frais engagés : **1107** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. SIMAM ABOU ANJOU**
Spécialiste : **Endocrinologie - Diabétologie**
Nutrition - Obésité
43, angle 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Etage N° 8 Casa

Date de consultation : **29/09/2020**

Nom et prénom du malade : **AYOUB HASSAN**

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

Nature de la maladie : **Hypothyroïdie**

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 : **02 OCT 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **AYOUB HASSAN**

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
05/09/2020	G2		30000	INP : 09-11-66376 AMBOURRISS ABOUAH Endocrinologie - Diabétologie - Obésité Etage 11-66376

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE CHAAB Rue 226 N° 23-25 Hay Mly Abdellah, Ain Chok Casa Tél : 05 22 52 66 17	Date 29.09.2020 Montant de la Facture 1107,00

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

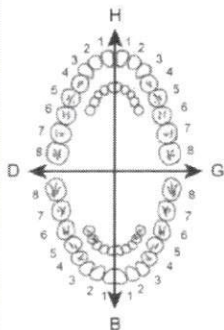
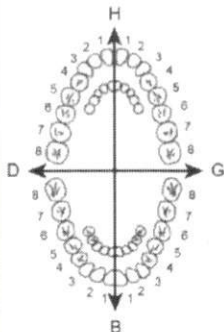
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	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="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </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



PHARMACIE CHAAB
BABA HABIBA
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :111080
Date : 01/10/2020

Client :
CHEGDAL CHAIBIA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ACCU-CHEK APARAIL	1	195.00	195.00
<div>PHARMACIE CHAAB Rue 226 N° 23-25 Hay Miy Abdellah, Ain Chok Casa Tel : 05 22 52 66 17</div>			

Total TTC = 195.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CENT QUATRE-VINGT-QUINZE DHS

Bon rétablissement

PAT:34022777/RC:267538/CNSS:6067822/ID : 51003645/ICE :000494720000042/INPE 092018076

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M :

Chayal Chaïba

Présente

Hypothyroïdie - Diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(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

PPV 70DH00
PER 06/22
LOT J1710

PPV 70DH00
PER 04/21
LOT J1104

PPV:70DH00
PER:11/21
LOT:12689

PPV 70DH00
PER 06/22
LOT J1710

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER



PHARMACIE CHAËB
Rue 226 N° 23-25 Hay
Miy Almelah, Ain Chok Casa
Tel: 05 22 52 65 17

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E011
PER : 03 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E011
PER : 03 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E011
PER : 03 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E011
PER : 03 2023
6 118000 062127

PNEUMOVAX 23
Suspension injectable de 0,5ml.
Boîte d'une seringue pré-remplie.
PPV:293,00DH
N° d'AMM 483/17 DMP/21/NNP
Distribué par MSD MAROC, B.P 136, Rouskoura
6 118001 160778

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH