

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'Indépendance - 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° W19-519708

43270

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALIMONY ABdelmajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop ALICRAFI n° 21, Sidi Maarouf

0592 39 19 96 CASABLANCA

Tél. : 0696.33.54.57 Total des frais engagés : 4131,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2006

Nom et prénom du malade : HALIMONY ABdelmajid Age :

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

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 3 mois de traitement

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 09/10/2006

Signature de l'adhérent(e) : Halimony

[illegible][illegible]

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	

RELEVÉ DE

6 "118001"100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV : 58,10 DH

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse

SOINS DENTAIRES

**Dents
Traitées**

**Nature
Soins**

**O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION
MAST**

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.

2553341

0000000

D

0000000

3553341

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.

[Création, re]
Fonctionnel, Thérapeutique]

**EFFICIENT
S TRAVAUX**

**MONTANTS
ES SOINS**

**DATE DU
VIS**

**DATE DE
L'EXECUTION**

Lot n° :

Exp. :

as, ainsi que

7862160239

7862160239

DEBUT
XECUTION

XECU

PPV :

Lot n° :

Exp. :

PPV :

Lot n° :

Exp. :

STARVAL® 80 mg

28 comprimés pelliculés
Voie orale

131 DH 50

STARVAL® 80 mg

28 comprimés pelliculés
Voie orale

131 DH 50

STARVAL® 80 mg

28 comprimés pelliculés
Voie orale

131 DH 50

STARVAL® 80 mg

28 comprimés pelliculés
Voie orale

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين

2020/10/20

Halmoney Abdelmajid

131.6044

Stav 80

1/2

58.1043

Candomide



3000

1326.0042

529.00

1/2

Xaudo

1/2



Li alali

T= 3881.30

1/2



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
(فوق أسيماء (BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

- 2007
10 GTT



3000
de
liant

Dr. Sihem BELAICHE
GARNIOLOGUE
Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn
El Adraâ El Mourakouchi
Casablanca - Tél: 0522 61 11 33



☒ valable 3 mois

Le 20/10/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

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

Dr. Siham BELAICHE
Généraliste
Angle Rue Ibn Rachine et Ibn
El Adraâ El Mourakouchi
Casablanca - Tél: 0522 61 11 33

OCT. 02 2020 14:35
ID= AGE=

AC, DERIVAT

HALMANY ABDOLMJO

