

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° W19-424975

N° D: 43441

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7402 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LATIFINE SAID

Date de naissance : 1959

Adresse : Côté d'Amân jomida 4 Rue 84 N° 32

Tél. : 0661915349 Total des frais engagés : = 21341,11 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 Sept 2020

Nom et prénom du malade : M. HASNI Njil Age :

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

Nature de la maladie : DIABETE II - Dipl. polu HA

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 24/09/2020

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
05/09/2010	C1	01	150,0	INP : [Stamp]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARDEL KANIM RACHID Pharmacie 101-103 Av. BOULEVARD DE LA PAIX Cousances - Tel : 05 22 55 42 00	24/09/10	2191,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

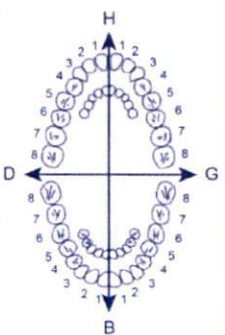
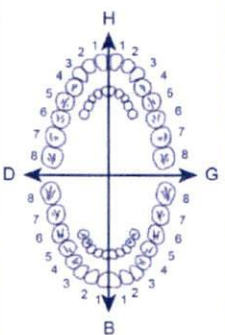
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mostafa TACHFINE

Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme Universitaire d'Echographie

Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفين

حاصل على دبلوم لدا، السكري

بجامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Casablanca, le :

24/09/2020

الدار البيضاء، في

17 Hosni Nafel

(30,00 x 3) ALXUS MET 30/1000

(63,00 x 4) ADRIAL 2

(30,70 x 3) KANGLE 3

(14,74 x 3) ROSAT 10

43,50 MYCOSTER Solu

72,90 No myk 100

6940 No myk 100

34100 DEMONINE 50

361 شارع إدريس الحارثي، قرية الجماعة - الدار البيضاء

361, Bd Driss Elharti, CJ - Casablanca - Tél.: 05 22 38 69 87



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

Maphar
 Km 10, Route Côtière 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrik 2mg gelule b28 mv
 P.P.V : 69,90 DH



6 118001 181933

Maphar
 Km 10, Route Côtière 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrik 2mg gelule b28 mv
 P.P.V : 69,90 DH



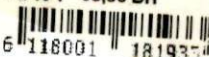
6 118001 181933

Maphar
 Km 10, Route Côtière 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrik 2mg gelule b28 mv
 P.P.V : 69,90 DH



6 118001 181933

Maphar
 Km 10, Route Côtière 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Odrik 2mg gelule b28 mv
 P.P.V : 69,90 DH



6 118001 181933

KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 LOT : 20E010
 PER : 11 2021



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 LOT : 20E010
 PER : 11 2021



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70
 LOT : 20E010
 PER : 11 2021



6 118000 061847



MYCOSTER 1%
 Solution 30 ml
 6 118000 011125

43,50

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 04/2023
 LOT 02012 4

PPV: 147DH40
 PER: 06/22
 LOT: J1831

PPV: 147DH40
 PER: 06/22
 LOT: J1831

PPV: 147DH40
 PER: 06/22
 LOT: J1831

AFRIC-Phar
 LOT 199098
 EXP 09/2022
 PPV : 72DH90



NOMYC 150 mg
 4 Gélules
 6 118000 071006