

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

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

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° M20- 0009134

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9201 234 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKRID THAMIR

Date de naissance : 01/07/1938

Adresse : HAY EL OULFA GR K Pte 155 N°26

Tél. : 05 22 22 29 21 30 Total des frais engagés : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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																			
				Coefficient des travaux																		
				Montant des soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																		
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		Montant des soins
		H																				
	25533412		21433552																			
00000000		00000000																				
D		G																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																			
			Fin d'exécution																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0063215	 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Cachet MUPRAS



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

P 17 / 0063215

DATE DE DEPOT

..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00294	Signature de Adherent	
Nom & Prénom BAKDI THAM				
Fonction Rehato	Phones 0122 22 892130			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient BAKDI THAM		Signature et Cachet du Médecin	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 10/2/21		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
HTA				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et Cachet du Pharmacien	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
CSK ECG		150100 100100		
PHARMACIE	Date 10/2/2021		PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 25/25 EL Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 84 09 63 I.C.E : 000500246000026	
Montant de la facture 957,5000				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون

**إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين**

Casablanca, le : 10/02/2021

Nom et Prénom :

BAKDID Fatna

63,00 x 3

INIKAL 5

22,40 x 3 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

ASKARDIL 75

131,50 x 3 1 comprimé à midi, pendant 3 mois

STARVAL 80

1 comprimé le matin

79,90 x 2

30 vi

69,00 x 3

VIENTEL

957,50

2 q/l; le matin

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K. P. 64 Ne 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 91 07 62
I.C.E : 000800246000026

LOT : 191731
UT AV : 10/2022
PPV:43,00DH

LOT : 191731
UT AV : 10/2022
PPV:43,00DH

LOT : 201337
UT AV : 09/2023
PPV:43,00DH

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 02005 2

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 02005 2

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 02005 2

PPV : 131 DH 50

Lot n° : 200001
Exp. : 11/22

PPV : 131 DH 50

Lot n° : 200001
Exp. : 11/22

PPV : 131 DH 50

Lot n° : 200001
Exp. : 11/22

Lot : 079662
Dluc : 01/2022
PPC: 79.90 Dh

Lot : 079662
Dluc : 01/2022
PPC: 79.90 Dh

Lot : V255F
Dluc : 09/23
P.P.C : 69 Dh

Lot : V255F
Dluc : 09/23
P.P.C : 69 Dh

Lot : V255F
Dluc : 09/23
P.P.C : 69 Dh

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25

El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

ID:

D-naiss:

ans,

10-Fév-2021 15:55:13 Fréq. Card.: 88 BPM
Axes P-R-T: 54 -19 58 Int PR: 219ms
Dur.QRS: 88ms QT/QTc: 368/414ms

10-Fév-2021 15:55:13

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue Z. N°61 - 1er Etage - Ghazoua - El Ouffa
Tél: 05 22 99 67 63 - 06 04 72 03 14
HDE: 01170029

MAKID
ATNA

