

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 - Tel : 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° W19-594202

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : Ram
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : HASSAN MANAR
 Date de naissance : 15 mai 1951
 Adresse : 32, RUE DES BROYERS MARUF EXT
 Casablanca
 Tél : 0661464641 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/02/2021
 Nom et prénom du malade : Manar Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Accident - ALC
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-594202

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1530
 Nom de l'adhérent(e) : H. MANAR
 Total des frais engagés : 1485,60
 Date de dépôt :

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
20.12.2022			2000	INPE: 09119198

[illegible][illegible]

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

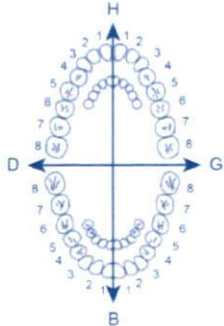
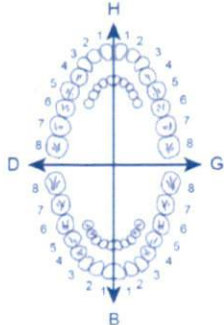
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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 L'EXECUTION

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

Ancien médecin Urgentiste Polyclinique

CNSS Derb Ghallef, Casablanca

Diplôme Universitaire de Diabétologie

Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Diplôme Inter-Universitaire Hypertension Artérielle

Faculté de Médecine de STRASBOURG

Echographie générale

Electrocardiogramme

الدكتورة لبنى قباچ

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

طبيبة مستعجلات بمصلحة درب غلف المتعددة

التخصصات للضمان الإجتماعي سابقا

دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونبيلي

دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم

كلية الطب ستراسبورغ

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 20/02/2021

MR MANANE HASSAN

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



Hytacand 16 mg/12,5 - comprimé
2 Comprimé, matin, pendant 3 mois

Levothyrox 100 µg - comprimé sécable
1 comprimé le matin pendant 3 mois

Lipista 20 mg - comprimé enrobé
1 Comprimé, pendant 3 mois

Omepral 20 mg - gélule
1 Gélule, matin, soir pendant 1 mois

Metformine win 500 - comprimé
1 Comprimé, matin, midi, pendant 3 mois

Medizapin 2,5 mg - comprimé
1 Comprimé, soir pendant 2 mois

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



Mme BENNIS
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
83 - 85 Bd Yacoub El Mansour
Tél : 05 22 26 50 04 - Casablanca

Dr Loubna KABBAJ
Médecine générale
Abdelmoumen center, Angle Bd Anoual
et Bd Anoual, Etg 1 bureau
Tél : 05 22 86 14 93
E-mail : l.kabbaj@hotmail.fr

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1er étage, bureau 109 - Casablanca

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

مجمع عبد المومن - زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال الطابق الأول
الرقم 109 الدار البيضاء

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
HYIACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
HYIACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
HYIACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
HYIACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH
6 118001 020898

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT 20003
PER 06/23
PPV 92 DH 80

92,80