

INDICATIONS 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.

Prothèse 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.

6 : 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° P19- 048016
 85552

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : RAME
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Ouhmi Maha
 Date de naissance : 1948
 Adresse : 46 Rue Sallame El henda A Berchid
 Tél. : 06 44 80 27 51 Total des frais engagés : 608,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2021
 Nom et prénom du malade : Ouhmi Maha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer Pulmonaire
 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 :

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
15/09/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

15/09/21 60 8.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M	P C	I M	I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

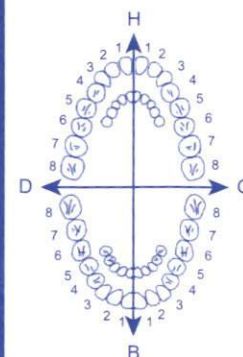
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 06/2024
LOT 16050 3

LOT : 9761
UT. AV : 06-24
P.P.V : 22 DH 00

LOT 0008103 EXP 09/23
PPV:357DH00

Ghandi

Oncologie médicale - Radiothérapie

Traitement et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention - Radiothérapie
par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Radiochirurgie
Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie - Traitement

15/09/21

M^r Duahmi Noha

58.00

1) Effipred Cp 20mg

- 2cp la nuit

- 2cp le J

- 2cp le lendemain

22.00

2) charbon

1cp J

5.00

3) Bicarbonate de soude 1càj dans un
petit verre d'eau.

1 App en Bain de Bouche x3 / J.

CLOPRAME® 10 mg 40 comprimés sécables

PPV 17DH30 EXP 04/2024
LOT 12052 3

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

PPV : 26.50 DH

6 118000 190936

يحفظ بعيدا عن

VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 16.20 DH

chimio

Dr. Ghandi
Oncologie - Radiothérapie
3d, Ghandi, Immi Ghandi Offices
Casablanca



357.00

4) ~~Remoset~~ Cp 8mg S.V.

1230

1cp x 2/5 x 03 J

5) ~~cloprame~~ Cp 5i Nausées S.V.

1cp x 3/5 1/4 R avant

Repas.

46.00

6) Stimof. Amp S.V.

1 Amp x 2/5

26.00

7) vita C 1000 S.V.

x 1 mois

26.20

1cp 1/5

8) voltaren SP 75mg S.V.

1cp 1/5

1/5

T: 608.40

PHARMACIE BERRECHID
Hajina MBB, 2011 Pham NINH
93 Bd Mohamed V Berrechid
Tél : 05 22 32 40 68

LOT: 0343
PER: 07 2024
PPV: 46.00DH