

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0060045

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 569 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LACHGAR Housseine
Date de naissance : 01-01-1945
Adresse : Résid. Fedarouss GH1A JM7 HAV 6
Tél. : 22 81 32 97 Total des frais engagés : 966,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/02
Nom et prénom du malade : BOUFTAS Gharha Age : 69 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gdc
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) :

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
	S		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

2/22 710,00

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

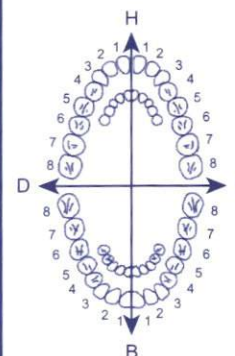
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

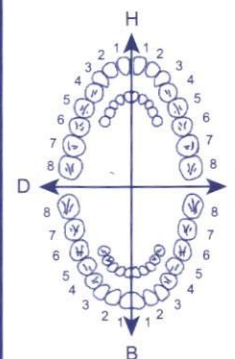
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Maha Nassaf

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire, Maladies allergologiques, Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique, Bronchoscopie

LOT: GB11140
PER: 07/2023
PPV: 140 DH 00

SAFLU 125 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



6 118001 101263

PPV: 140 DH 00

PHARMACIE OUM ERABH
Dr. Maha Nassaf
49, Boulevard OUM ERABH - 10110 CASABLANCA
Tél: 05 22 94 83 72 - Fax: 05 22 94 12 56

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

M - Mme : BOUFFAS SAADIA.

1 box

1/ SAFLU 125 Spray (No3)

2 bouffes

1 box

21 Peronal

1 pulv des CF

1 box

Doliprane 1000 mg

Docteur Maha Nassaf
Pneumologue Allergologue
Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire, Maladies allergologiques, Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique, Bronchoscopie
49, Boulevard OUM ERABH - 10110 CASABLANCA
Tél: 05 22 94 83 72 - Fax: 05 22 94 12 56

210, 60

LOT: GB11140
PER: 07/2023
PPV: 140 DH 00



6 118001 040674

P.P.V: 119,10 DH



6 118001 040674

P.P.V: 119,10 DH

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 14 DH 60
PER 12 / 24
LOT K3671

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 14 DH 60
PER 12 / 24
LOT K3671

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 14 DH 60
PER 12 / 24
LOT K3671

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 14 DH 60
PER 12 / 24
LOT K3671

Immeuble Communal, An
Porte I
Tél./Fax : +2