

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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 :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

Siège : 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- 058956

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0558 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M^{me} PACIFICO Christiane BENJELLOUN

Date de naissance : 03/01/45

Adresse : 22 Rue ABOU-ABRES AZFI Maarif

Extension :

Tél. : 0664632249 Total des frais engagés : 1.257,40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALIGHI VALERIE
MÉDECINE GÉNÉRALE - GÉRIATRIE
NUTRITION - DIABÉTOLOGIE
7, Rue Kadija 6ème étage
Maarif Casablanca
Tél : 0522 20 19 05

Date de consultation : 23/02/22

Nom et prénom du malade : M^{me} PACIFICO Christiane Age : 75ans

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

Nature de la maladie : Sympthome HTA

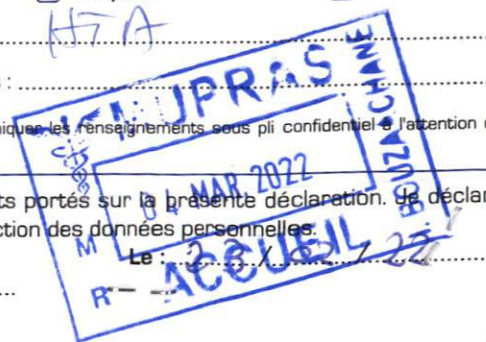
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Pacifico



[illegible]

ALFREDI VALERIE
MEDECINE GENERALE - GERIATRIE
NUTRITION - DIABETOLOGIE
7, Rue K...
M...
Tél : 05 92 28 19 05

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	23/22/22	1007, h2

Madame BARTAL
Pharmacie Achara
Rue Souda - Maarif
Téléphone : 0522 25 25 25

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires

6 118000 0207

D

AUX	
Nombre	

aillé
es

6 118000 02073



DS09/21A
09/2024

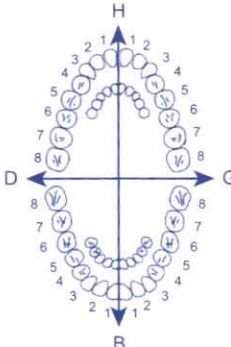
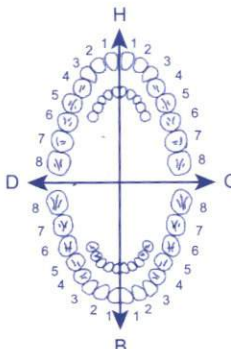
P.P.C : 109,00 DH

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 canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A circular protractor diagram with degree markings. The top half is labeled 'H' and the bottom half 'B'. The left side is labeled 'D' and the right side 'C'. The markings are as follows: Top (H) has 1 to 8 on the left and 8 to 1 on the right. Bottom (B) has 1 to 8 on the left and 8 to 1 on the right. Left (D) has 8 to 1 on the top and 1 to 8 on the bottom. Right (C) has 8 to 1 on the top and 1 to 8 on the bottom.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is symmetrical about a vertical centerline. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'. The bridge is divided into spans by piers. The piers are numbered 1 through 8 from the center outwards. The spans are numbered 1 through 8 from the center outwards. The piers are represented by circles with a cross inside, and the spans are represented by circles with a cross inside. The piers are numbered 1 through 8 from the center outwards. The spans are numbered 1 through 8 from the center outwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'ÉVALUATION

Dr ALIGHIERI VALERIE

MÉDECINE GÉNÉRALE-GÉRIATRIE
NUTRITION-DIABÉTOLOGIE

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Besançon - France

Consultation sur rendez-vous
à domicile

Casablanca, le 23.02.2022 في

Mme BENJELLOUN PACIFICO Christiane

1 LEVOTHYROX 75µg cp séc : B/30

1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

2 COZAAR 50 mg cp pellic séc : Plq/28

2 comprimés le matin, après le repas, pendant 3 mois.

3 NOOTROPYL 800 mg cp pellic : B/45

1 comprimé le matin, à midi et le soir. (4 boites)

4 D-STRESS CP (BTE 40)

1 comprimé matin et soir 3 semaines



7862160335



7862160335



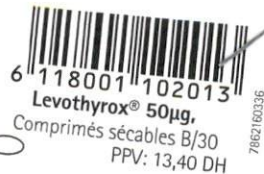
7862160335



7862160336



7862160336



7862160336

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél. : +212 522 09



149,00

COZAAR

7, Rue Kadi Iass, Rés. El

يف - الدار البيضاء

Tél. : +212 5

Maârif - Casablanca

7, زقاق قاص

il.com

Tél : 022252209

23/02/2022

MME BENJELLOUN PACIFICO CHRISTIANE

FACTURE N° : 5571

du 23/02/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	LEVOTHYROX 50 UG / 28 CPS	13,40	40,20	7%
3	LEVOTHYROX 25 / 28	6,80	20,40	7%
2	COZAAR 50 MG BTE 28 CPS ENR	149,30	298,60	0%
4	NOOTROPYL PIRAC 800MG X 60CPS	134,80	539,20	0%
1	D.STRESSE 40CPS	109,00	109,00	20%
Total TTC			1 007,40	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
MILLE SEPT DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	56,64	3,96	60,60
0%Ar91	0,00	837,80	0,00	837,80
20.00%	20,00	90,83	18,17	109,00
		985,27	22,13	1 007,40

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Tél : 022252209

23/02/2022

MME BENJELLOUN PACIFICO CHRISTIANE

FACTURE N° : 5570

du 23/02/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	NOOTROPYL PIRAC 800MG X 60CPS	134,80	539,20	0%
Total TTC			539,20	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CINQ CENT TRENTE NEUF DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	539,20	0,00	539,20
		539,20	0,00	539,20

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maarif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09