

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

- Reclamation : 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 - 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° W21-676821

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 2188 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DYAE EL MOSTAFA

Date de naissance : 02/01/46

Adresse : HABITUELLE

Tél. 0666 965745 Total des frais engagés : 24,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/03/2022

Nom et prénom du malade : MEHAÏH OUMHANI

Age : 76

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 29/03/22

Le : 29/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP :

EXAMINATION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date

Montant de la Facture

HASSOUNI ABDERRAHMAN
Pharmacie AL Fath
(Ex. Pharmacie AL Fath)
Rue Loknadiou 80 Lomé - Côte d'Ivoire
Tél : 05 20 16 73 98 - INDE : 002 004 860
ICE : 002 193 522 - 00002 - IP : 34001039

29/3/22

214.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

HASSOUNI ABDERRAHMAN
Pharmacie AL Fath
(Ex. Pharmacie AL Fath)
Rue Loknadiou 80 Lomé - Côte d'Ivoire
Tél : 05 20 16 73 98 - INDE : 002 004 860
ICE : 002 193 522 - 00002 - IP : 34001039

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

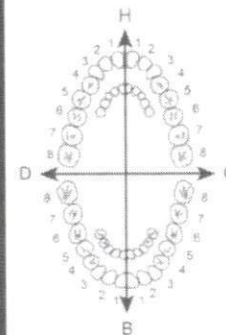
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

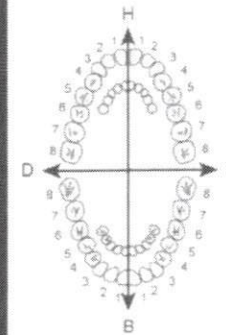
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES

Traitées



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Abderrahman HASSOUNI

Facture N° :

Casablanca le 29/03/2022

Nom : M^{me} MEHAH OUMHANI

HASSOUNI ABDERRAHMAN
Pharmacie 3AMZ
(Ex. Pharmacie Al Fath)
Rue Laknadissa, Bin Lamdoune Casa
Tél.: 05 20 16 73 98 - INPE : 092004860
ICE : 092193522000002 - TP : 34001039

Qte.	Nom de Médicament	P.U	Total
3	Ledoz 10 mg	71,60	214,80
HASSOUNI ABDERRAHMAN Pharmacie 3AMZ (Ex. Pharmacie Al Fath) Rue Laknadissa, Bin Lamdoune Casa Tél.: 05 20 16 73 98 - INPE : 092004860 ICE : 092193522000002 - TP : 34001039			
TOTAL			214,80

HASSOUNI ABDERRAHMAN
Pharmacie 3AMZ
(Ex. Pharmacie Al Fath)

Rue Laknadissa, Bin Lamdoune Casa
Tél.: 05 20 16 73 98 - INPE : 092004860
ICE : 092193522000002 - TP : 34001039

☐ valable 3 mois

Le 29 / 03 / 2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MEHRAHAN MARIAM

Présente

lta gmtte

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

lta gmtte



LODOZ 10mg B30
PPV: 71,60 DH

6 118001 101160

LODOZ 10mg B30
PPV: 71,60 DH



LODOZ 10/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30

LODOZ 10mg B30
PPV: 71,60 DH

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

HASSOUNI ABDERRAHMAN
Pharmacie 3 AMZ
(Ex. Pharmacie Al Fath)
Rue Laknassia, Bin Lamdoune Casa
Tél : 05 20 16 73 08 - INPE : 092004860
ICE : 092193522 - 00002 - TP : 34001039

الدكتور شافي عبد الحاشي
أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Et
Casablanca - Tél : 05 22 52 05 05