

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.

Biologie 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.

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- 073673

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07713 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ISMAIL LHASANE

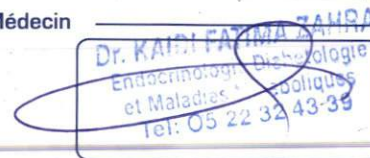
Date de naissance : 07-07-1955

Adresse : LOT ELWAFI N°56 DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 2808,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/04/22

Nom et prénom du malade : LOUIZI MALIKA Age : 65 ans

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

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : Besechid Le : 26/04/22

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
26/04/2022	A. c.	7	2500 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/04/2022	2550 dh

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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

Dr. kaidi fatima zahra

د. قايدى فاطمة الزهراء

- Spécialiste en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca

- أخصائية بأمراض الغدد، داء السكري و أمراض الأيض
- خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Ordonnance

Nom : Kaidizi Malik Berrechid le : 26-04-22

92.10 X3

1) Amarel 3mg



390,00 X3

2) Galvus met 50/1000

579.00

579.00

3) Tanjev Salostan

24.40 X5

4) - Metformin 1000 mg

- 1cp le matin

1/2 h avant

Gsm: +212 (6) 79 545 315 / Tél: +212 (5) 22 324 339 / Kaidizohra@gmail.com

333 Lot Nasrollah 1er étage N°3, Boulevard Mohamed V - Berrechid

108.20 X3
5

Veca 5

1cp



LOT : 5862
UT. AV : 12-24
P.P.V : 108 DH 00

3 men

8730

DermeFix crème 2

2 app



8730



Dr. KATIA FATIMA ZAHRA
Endocrinologue - Diabétologue
et Maladies des glandes
Tel: 05 22 32 48 39

Veca 5 mg
Boîte de 30 comprimés
pelliculés
6 118000 096528

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
TOUJEO 300 UI, sol inj
ic solo b3 st
P.P.V : 579.00 DH
6 118001 082223

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E001
PER: 01 2024
6 118000 060017

LOT 6979
UT. AV : 02-25
P.P.V : 108 DH 00

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E002
PER: 01 2024
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E003V
PER: 11 2024
6 118000 060017

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Veca 5 mg
Boîte de 30 comprimés
pelliculés
6 118000 096528

LOT 6979
UT. AV : 02-25
P.P.V : 108 DH 00

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH