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 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

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

Nº W21-705033

115-29

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5082 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : CHERIF ALAMI Mea Benabdellah

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : .....

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.

Autorisation CNDP Nº : A-A-215/2019

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) : .....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
leadersanté Pharmacie Orly Sud CAROLINE IBGHEI Docteur en pharmacie ORLY SUD 190 94542 ORLY AEROGARE CEDEX Tél : 01 49 75 74 70 - Fax : 01 49 75 75 81	le 14/04/22	15,16 €
	08.04.2022	26,90

91 20 13 82 8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Boutaina Rue 22 N° 36 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24			

AUXILIAIRES MEDICAUX

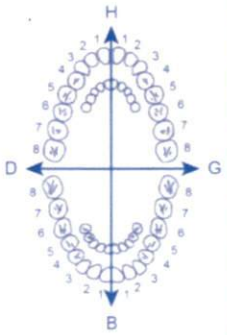
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

[redacted]

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient
			

INP :

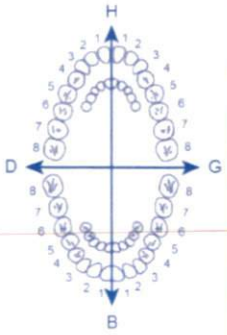
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 | 21433552
00000000 | 00000000

D — G

00000000 | 00000000
35533411 | 11433553

B

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

CŒFFICIENT 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

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 08_04_22

Mme Nadia Cherif Alami

1) Methotrexate cp 2,5mg
4 cp / semaine
Soit 10mg / semaine
Ttt de 03 mois.

2) Acfol 5mg
1 cp / semaine
48h après la Prise de Methotrexate

26,20

Dr. Ilham Berdai
Rhumatologue
Casablanca

PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI Bouchra
Rue 22 N° 26 Hay El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24

LOT: 14221011
PER: 07/2025
PPU: 26,20 DH

leadersanté

Pharmacie Orly Sud

CAROLINE IBGHEI
Docteur en pharmacie
ORLY SUD 190 94542 ORLY AEROGARE CEDEX
Tél : 01 49 75 74 70 - Fax : 01 49 75 75 81

91 20 13 82 8

JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)
No : 37464
PHARMACIE ORLY 4
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT
Mail: MAIANI Cherif

99000 ALGER
Dr : MAGHREB CLINIQUE
Ordon du: 08/04/22
AMO:
Vendeur : 12

91 2 01382 8
AZOULAY-IBGHEI Caroline
Tel: 01.49.75.74.70

Ne le:00/00/1900 Rang:1
Nature: Exo:
No:
Deliv du: 14/04/22

QTE	Produits	P.U.	(Base)	Hon	Taux
2	IMETH GE 2,5MG CPR 24	4,52		1,02	65%
	34009 3000431 9	Ordo: 000023622			
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE			0,51	70%
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE			3,57	70%

TOTAL FACTURE : 15,16 2 Produits
MONTANT A.M.O : 0,00 MONTANT A.M.C : 0,00
Paye par l'assure : 15,16

PHARMACIE ORLY 4
AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT
France
Siren 438647448
TVA intra FR04438647448
Code NAF 4773Z
Tel 01.49.75.74.70
E-mail pharmacieorly4@gmail.com
Finess 91 2 01382 8

Justificatif de Paiement

Ticket no 139533
12 12
Le 14/04/2022 16:23:45 Caisse 01
n° FSE 37464

17404 Cherif MADANI
Total TTC en EUROS : 15,16

Nombre d'articles : 2
Dont honoraires de dispensation : 6,12

Ticket no 139535
12 12
Le 14/04/2022 16:24:04 Caisse 01

17404 Cherif MADANI

Code Produit	Mt TTC
NOCICEPTOL GEL A/DOULEUR 40ML	
3401020354390	8,90
Remise 10.00 %	-0,89
Total TTC en EUROS :	8,01

Nombre d'articles : 1

Mt HT	Remise HT	Taux	Mt TVA	Mt TTC
6,68	0,74	20,00	1,33	8,01

Montant total remise : 0,89

Le 14/04/2022 16:26:22 Caisse 01
Règlement en ESPECES : 30,00

Rendu monnaie 6,83
R.monnaie