

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être soigneusement 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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- 0003198

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABRATE MILOU

Date de naissance : 1938

Adresse : Sidi Ber noussi Transport 2 Bloc 13 Rue

21 N° 21 CARA

Tél. : 0665 43 50 43 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.

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) :

[Signature]


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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1358,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

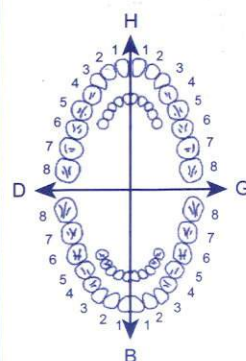
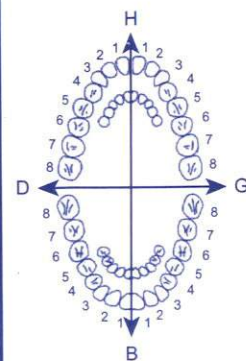

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coef												
															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">H</th> <th></th> <th colspan="2" style="padding: 5px;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">—</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction]</p> <p align="center">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H			G		25533412 00000000			21433552 00000000		D		—	G		00000000 35533411			00000000 11433553		B					<p align="right">Distribué par les laboratoires AFRIK-PHAR</p> <p align="right">PPV: 234 DH 00</p> <p align="right">Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO</p>
H			G																								
25533412 00000000			21433552 00000000																								
D		—	G																								
00000000 35533411			00000000 11433553																								
B																											

	<p align="center">GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml</p> <p align="center">Collyre en solution Flacon de 3 ml</p> <p align="center">6¹¹⁸⁰⁰¹251391</p> <p align="center">Distribué par les laboratoires AFRIK-PHAR</p> <p align="center">PPV: 234 DH 00</p> <p align="center">Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO</p>	<p align="right">Distribué par les laboratoires AFRIK-PHAR</p> <p align="right">PPV: 234 DH 00</p> <p align="right">Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO</p>
--	--	---

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE IBTISSAMA
MME BEN BADY IBTISSAM

Tél : 0522730788

Patente N°: 31638968
N° R.C. : 276394
Compte : 2121154674550004
CNSS : 6092184
Id.Fiscale: 52803212
ICE : 001620174000071

Le : 27/04/2022

HAMROUDI ZOHRA

PHARMACIE IBTISSAMA
Ben Badi Ibtissam
Pharmaciennne
Loc 43, Mansour 3, Sidi Bernoussi
Casablanca, Tél : 022 73 07 98

FACTURE : 18251 du : 27/04/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ALPHAGAN COLLYRE	147,50	147,50	0,00%
3	ALPHAGAN COLLYRE	91,50	274,50	0,00%
4	GANFORT 0.3 MG 5 MG/ML FLC	234,00	936,00	0,00%
		Total TTC	1358.00	
		Droits de timbre	3.40	
		Net à payer	1361.40	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE TROIS CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET QUARANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 358,00	0,00	1 358,00
		1 358,00	0,00	1 358,00

PHARMACIE IBTISSAMA
Ben Badi Ibtissam
Pharmaciennne
Loc 43, Mansour 3, Sidi Bernoussi
Casablanca, Tél : 022 73 07 98