

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Declaration de M.

N° W21-632104

121747

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4885

Matricule : 4885 Société : RAF

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDEENBI

Nom & Prénom : MABROUKI

Date de naissance : 04-03-1954

Adresse : 1660 Rue Boirier Apt 4, Saint-Eugène  
Moham, HLL 131 (Quartier), CASAB

Tél. : 001514552944 Total des frais engagés : 330.63

330.63 delong Comedien

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 06 JUL. 2022

Date de consultation : 12 mois  
du 01/01/2021 au 31/12/2021

Nom et prénom du malade : Boulmel Amine

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : maladie chronique :  
DIABETE type 2 et Obésité (Vitamin D)

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : Moham Le : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



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

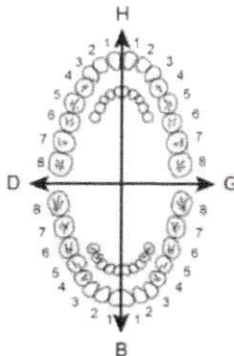
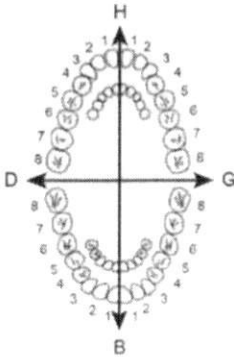
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN A

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

INP :     COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTIONFIN  
D'EXECUTIONCOEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

PX06403  
RX06403

DOSSIER PATIENT  
Période du 2021-01-01 au 2021-12-31

Page 1  
2022-04-22 15:20:14

SPG .....000:

NOM..... BOULMAL, AMINA

ASM..... BOUA63602326

ADRESSE..: 12165 RUE COUSINEAU

VSL

H4K-1P7

TELEPHONE: (514) 557-9644

Succ. : 5143 M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARMACIENS

Phcien(s) affilié(s) à Brunet

Adresse : 1605 BOUL. MARCEL-LAURIN #100

SAINT-LAURENT H4R0B7

No.tél. : (514) 764-2222

PRIX  
PATIENT

NOMBRE DE RX: 34

TOTAL : 330.63



# Relevé officiel pour déclaration de revenus



Période du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2021

BOULMAL, AMINA

12165 RUE COUSINEAU  
VSL, QC  
H4K1P7  
514-557-9644



**M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARMACIENS**

1605 BOUL. MARCEL-LAURIN #100, SAINT-LAURENT, H4R 0B7

Téléphone : 514-764-2222

Date émission	Numéro ordonnance	Séq. ren.	DIN	Produit, Force, Forme / Prescripteur	Quantité	Payé par assurance	Payé par client
2021-01-21	0269055-5143	10	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	4.00	0.29	9.28
2021-01-21	0269056-5143	10	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	13.13
2021-01-21	0302059-5143	3	02257513	CITALOPRAM, 20 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	8.53	4.60
2021-02-23	0269055-5143	11	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	4.00	6.40	3.45
2021-02-23	0269056-5143	11	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	8.73	4.70
2021-02-23	0302059-5143	4	02257513	CITALOPRAM, 20 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	4.69	8.74
2021-02-23	1004473-5143	1	02445867	BIO PANTOPRAZOLE, 40 MG, CO. LIB. RETAR MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	16.04
2021-03-26	0302059-5143	5	02257513	CITALOPRAM, 20 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	4.69	8.74
2021-03-26	1004473-5143	2	02445867	BIO PANTOPRAZOLE, 40 MG, CO. LIB. RETAR MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	16.04
2021-03-26	1009038-5143	1	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO TIN WAI WENDY NGAN (425765)	30.00	8.73	4.70
2021-03-26	1009040-5143	1	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO TIN WAI WENDY NGAN (425765)	4.00	6.72	3.62
2021-04-27	0302059-5143	6	02257513	CITALOPRAM, 20 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	4.69	8.74
2021-04-27	1004473-5143	3	02445867	BIO PANTOPRAZOLE, 40 MG, CO. LIB. RETAR MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	16.04
2021-04-27	1014583-5143	1	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO JOSEPH ALEXANDER BASA (429318)	4.00	6.40	3.45
2021-04-27	1014584-5143	1	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO JOSEPH ALEXANDER BASA (429318)	30.00	8.73	4.70
2021-05-04	1016396-5143	1	02314908	PRO METFORMIN, 500 MG, CO ALEXANDER JOSEP BASA	60.00	0.00	11.18
2021-05-10	1018218-5143	1	02314908	PRO METFORMIN, 500 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	10.39
2021-05-10	1018219-5143	1	02257513	CITALOPRAM, 20 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	8.29	5.14



# Relevé officiel pour déclaration de revenus



Période du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2021

BOULMAL, AMINA

12165 RUE COUSINEAU  
VSL, QC  
H4K1P7  
514-557-9644



**M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARMACIENS**

1605 BOUL. MARCEL-LAURIN #100, SAINT-LAURENT, H4R 0B7

Téléphone : 514-764-2222

(suite)

Date émission	Numéro ordonnance	Séq. ren.	DIN	Produit, Force, Forme / Prescripteur	Quantité	Payé par assurance	Payé par client
2021-05-10	1018220-5143	1	02445867	BIO PANTOPRAZOLE, 40 MG, CO.LIB.RETAR MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	10.43	5.61
2021-05-10	1018221-5143	1	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	8.73	4.70
2021-05-10	1018222-5143	1	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	4.00	6.40	3.45
2021-06-02	1018218-5143	2	02314908	PRO METFORMIN, 500 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	10.39
2021-06-02	1018219-5143	2	02257513	CITALOPRAM, 20 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	1.02	12.41
2021-06-02	1018220-5143	2	02445867	BIO PANTOPRAZOLE, 40 MG, CO.LIB.RETAR MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	10.43	5.61
2021-06-02	1018221-5143	2	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	8.73	4.70
2021-06-02	1018222-5143	2	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	4.00	6.40	3.45
2021-07-09	1018221-5143	3	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	30.00	0.00	13.43
2021-07-09	1018222-5143	3	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	4.00	0.67	9.18
2021-08-03	1018218-5143	3	02314908	PRO METFORMIN, 500 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	60.00	0.00	20.78
2021-08-03	1018221-5143	4	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	60.00	2.04	24.83
2021-08-03	1018222-5143	4	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	8.00	12.81	6.90
2021-10-05	1018218-5143	4	02314908	PRO METFORMIN, 500 MG, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	60.00	0.00	20.78
2021-10-05	1018221-5143	5	80025360	J-CAL D (BLEU FONCÉ), 500MG-400UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	60.00	2.04	24.83
2021-10-05	1018222-5143	5	02417995	VITAMINE D, 10 000 UI, CO MADELEINE ACHKAR (184526)	8.00	12.81	6.90

Nombre d'émission(s) : 34

Sous-total : 159.40 330.63

# Relevé officiel pour déclaration de revenus



Période du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2021

BOULMAL, AMINA

12165 RUE COUSINEAU

VSL, QC

H4K1P7

514-557-9644

Nombre d'émission(s) : 34

Grand total : 159.40 330.63

3