

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

Déclaration de Maladie

M22- N° 001548

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : R A 7
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : H JATI Bouazza
 Date de naissance : 10/03/1952
 Adresse : OULFA
 Tél. : 06 62 55040 Total des frais engagés : 250,00 + 643,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 INP: 091019786
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : H JATI Bouazza Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Malaria + Hypertension
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 29/07/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
07.07.22	C 2		2500,17	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.07.22	643,60

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
		AM	PC	IM	IV	

FRAIS ET HONORAIRES

se, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

prothèses ou de tre

e l'ODF.

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



Nature des Soins

Coeffi

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

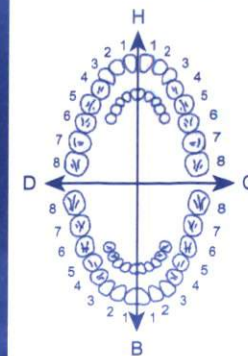
6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

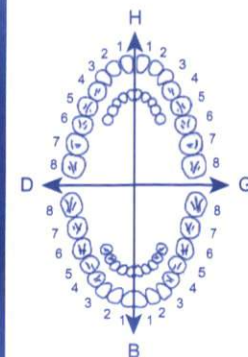


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFF
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

LOT : 6344
UT. AV : 01-25
P.P.V : 34 DH 00

LOT : 5199
UT. AV : 12-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 5199
UT. AV : 12-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 8113
UT. AV : 03-25
P.P.V : 34 DH 00

6080707A
Zi Zenata Ain Sebati, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV : 116,80 DH
118001102006
1816356

الركنورة في زين جيا
إختصاصية في أمراض
السمنة والهرمو
خريجة كلية الطب روني دي
بالموعد

MJATI Benzija
19.00 x 2 + 34.00 x 2

ADD 850

24.40 x 6

levothyrox 100

6.80 x 6

levothyrox 25

lysauria

116.80 x 3

lipanthyl 160

Casablanca, le : 07.07.22

up meal

up

up

up

up

6 mes.

7862160335
Comprimés sécables B/30
Levothyrox® 25 µg.
6 118001 102006
7862160342
118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV : 24,40 DH

7862160342
118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV : 24,40 DH

7862160342
118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV : 24,40 DH

7862160335
118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

Pharmacie
BENANI
Bd Oued Sebati
- CASABLANCA
Tél: 05 22 90 07

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahm
Hay Hassani
Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07