

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

N° W21-714594

MCD

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 127757

Nom & Prénom : KASSABE OUAFAA

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse :

Tél. : 0631159486 Total des frais engagés : 401,90 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 : Casablanca Le : 02 / 09 / 2022

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
				INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DU HAVRE</p> <p>ET. LOUVELOT - CASABLANCA</p> <p>123, Avenue de la Liberté - Casablanca</p> <p>0522 77 6618</p>	02/09/2019	40199

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
<p>H 25533412 21433552</p> <p>D 00000000 00000000</p> <p>G 00000000 00000000</p> <p>B 35533411 11433553</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
--	---

☒ **valable 3 mois**

Le 06/05/2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

Je soussigné : **Dr. Saïd Soubir** (à adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Professeur
356, Rue Mostafa EL MAËNI
CASABLANCA
Tél: 522 22 18 14

Certifie que Mlle, Mme, M. : **KASSAB ou Bou**

Présente **HTA avec lésions**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **8 à 10 ans**

Dont ci-joint ordonnance : **Une ordonnance**

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Mokir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Saïd Soubir
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa EL MAËNI
CASABLANCA
Tél: 522 22 18 14

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaï Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V. : 239,00 DH



6 118001 081035

صيدلية الحديقة PHARMACIE DU PARC

LATIFA TAHIRI

Pharmacien Diplômée de la Faculté de Paris

123, Av. Hassan II - Tél : 0522-22-11-29/0522-22-96-18

R.C.129140

CASABLANCA

Casablanca, le :

02 09.02

M. Kossali Nadia

Dcit

1	Coaprovel 300	239,00
1	Atsup	49,40
1	Hyperium	113,50
Total		401,90
A verser à la femme de		
quatre cent un D H quatre		
vingt dix Centimes //		

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - P.P.1
Ain sebat Casablanca
Cd-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V. : 239,00 DH
6 118001 081035

Lot N° :
Exp :
PPV :

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

Tanganil® 500 mg
تاغانيل 500 ملغ
30 comprimés - 30 قرصين
VTE: MA-PPV: 510 DH

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: CASSABI Casablanca, le 06 MAI 2022

Oulafaa

1 Co APROVEL 300/12,5

239,00
+ 18,00

2 Co IPRIVEL 300/12,5

1 comprimé

3 ALLEROP SY

43,40 x 2

4 Hyperium 1 mg

113,50 x 2

5 Tanganil 500

51,00

713,80

DR. LOTFI TAHIRI
123, Av. Hassan II - Casablanca
tel: 0522 22 11 25 / 0522 22 96 18
PHARMACIE DU PARC
Saad SOULAMI
Spécialiste de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maani (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinetsoulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 38 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - 05 22 26 55 55 - 05 22 26 55 55
- CNSS: 2700603 - IF: 4180023 - CE: 00755076000064 - RN: 091108022

356, Rue Mostafa El Maani (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinetsoulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 38 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - 05 22 26 55 55 - 05 22 26 55 55
- CNSS: 2700603 - IF: 4180023 - CE: 00755076000064 - RN: 091108022