

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0012865

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4651 Société : RAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Jamal El Hach Lahsen
 Date de naissance : 1953
 Adresse : 56 Bd Abdelhakim Bouhadi Hay Ennahda
 Tél. : 06 55 58 08 39 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 :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : *Jamal*

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

<p>Pharmacie les Ryades Elmustapha GHANDAF Bis Bd. Abderrahim Bouabid tel: 0522 99 26 52 - Casablanca APE: 002049451 - ICE: 002072066000035</p>	7/11/22	851,00

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 des Honoraires

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

UT. AV. :

P.P.V

LOT N° :

FW7215

UT. AV. :

P.P.V

LOT N° :

FW7215

UT. AV. :

P.P.V

LOT N° :

FW7216

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

118001 090286

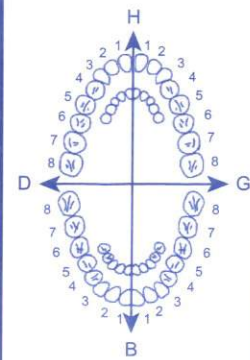
118001 1

TERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

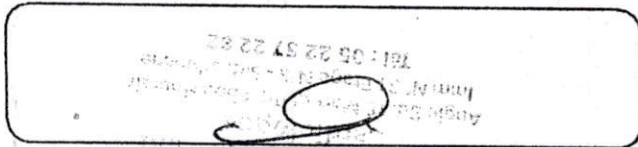
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	jamal . el A rat Lakhs
Matricule :	4651
N° CIN :	B 373 105
Adresse :	56 Bd Abderrahim Bouabid Hay Ennahd
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Latani Meriani
Spécialité :	cardiologue
N° ICE :	002366 18000056
N° INPE :	094245 621
Certifie que Mlle, Mme, M. :	jamal . el A rat Lakhs
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
M. jamal el A rat Lakhs a fait un pontage coronarien	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>cardioaspirine, Buprénorphine, cardenal, Talon ou L D N O 20</i> <i>ou Foriglyc</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 08/07/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

Pharmacie des Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072086000035

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



PHARMACIE LES PYRAMIDES

6 bis, Bd Abderrahim Bouabid

R.C : 303606

Patente: 36030170

T.V.A :

C.N.S.S: 6702600

Tél : 0522992652

Le 07/11/2022

FACTURE N°199933

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

JAMAL EL ARAB LAHSEN

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	TAHOR 20MG BTE 28COMP	103,40	0,00	103,40	310,20		310,20		
3	CARDENSIEL 2.5MG 30CP	50,70	0,00	50,70	152,10		152,10		
2	CARDIO ASPIRINE 100 MG	27,70	0,00	27,70	55,40		55,40		
3	BIPRETERAX /30CP	111,10	0,00	111,10	333,30		333,30		
<div>Pharmacie Les Pyramides Dr. Elmoustapha GHANDAF 6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca INPE: 09204945 - ICE: 002072066000035</div>									
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC	851,00	- Remise	0,00	= NET TTC	851,00		

Nombre d'Articles : 4

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Huit Cent Cinquante Un Dirhams.