

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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0012854

*MUPRAS*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamal el Ghribi Lahcen

Date de naissance :

1953

Adresse :

56 Bd Abderrahim Bouabid

Tél. :

5559837 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : Casablanca

Le : 19/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE 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
 Dr. Elmoustapha Bouabid Pharmacie les Pyramides 0522 99 26 54 - 0660000025	19/12/22	585,02

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

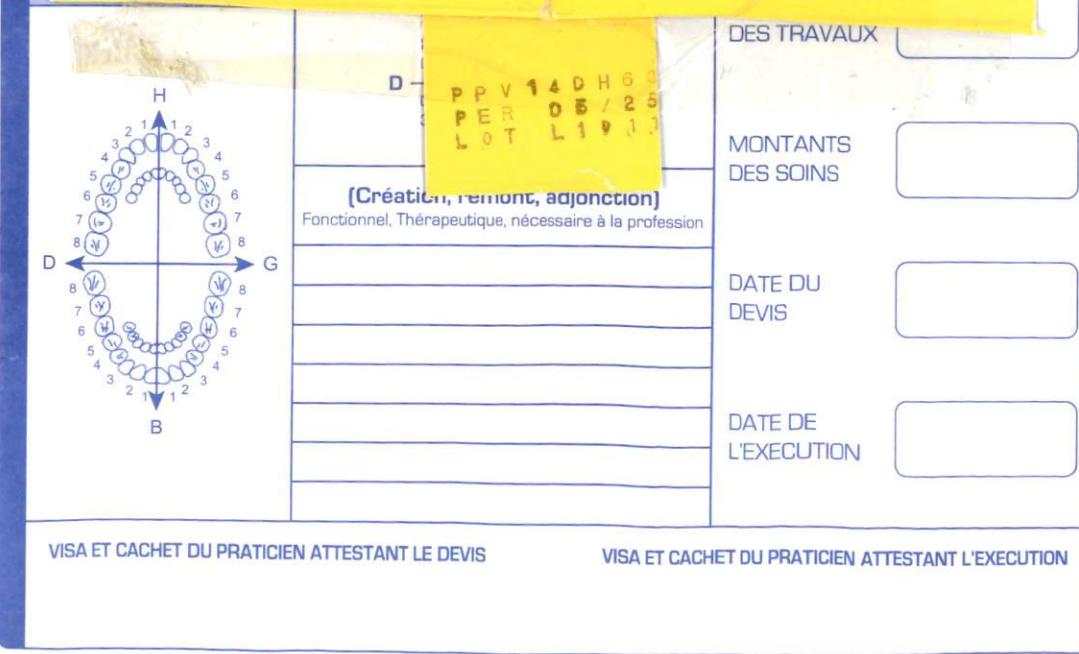
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

ment canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Jamal El Arafat Lahyse*

Matricule : *4651*

N° CIN : *B 379 N 05*

Adresse : *56 Bd Abderrahim Bouabid Hay Fennache*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Laâmani Meriam* Spécialité : *cardiologue*

N° ICE : *002366 18000056* N° INPE : *0944845 621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jamal El Arafat Lahyse*

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

### Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*Dr. Jamal El Arafat Lahyse a fait un passage coronarien*

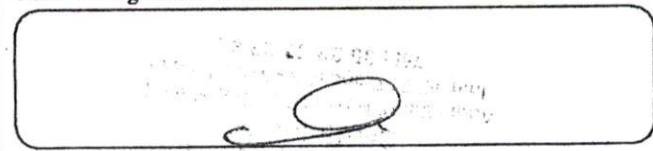
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *cardioaspirine, Bupréthonax, cardenil, Taha ou LDN 20*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *08/07/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Pharmacie les Pyramides  
 Dr. Elmustapha GHANDAFI  
 6, Bd Abderrahim Bouabid  
 Casablanca  
 Tél: 0522 99 26 52 -  
 INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035*

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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



## PHARMACIE LES PYRAMIDES

**6 bis, Bd Abderrahim Bouabid**

R.C :303606

T.V.A.:

Patente:36030170

C.N.S.S:6702600

Tél :0522992652

Le 19/12/2022

**FACTURE N°201354**

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

JAMAL EL ARAB LAHSEN

**Pharmacie les Pyramides**  
Dr. Elmoustapha GHANDAF  
6, Bis Bd. Al-Kerrâhim Bouabid  
Tel: 0522 98 26 57 - C.E: 00207206600035  
INPE: 09204932

## REMISE GLOBALE :

**BRUT TTC**

585,00

#### - Remise

0,00

= NET TTC

585,00

*Nombre d'Articles : 5*

TVA 7% Base

#### E1.14 Montant :

3.58 TVA 30% Base:

## **Montant**

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams*