

# 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

- Reclamation : 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- 0012854

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4851 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Jamal El Haf Lahsen  
Date de naissance : 1953  
Adresse : 56 Bd Abderrahim Bouahid Hay Farah  
Tél : 65559837 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) : [Signature]

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

19/12/22

585,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

ment canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



Cardensiel® 2,5 mg



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

UT. AV. : 06 2025 P.P.V

LOT N° : 103 40

G J 7 7 4 7

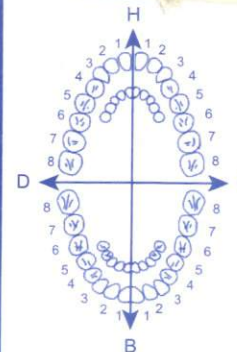
UT. AV. : 01 2025 P.P.V

LOT N° : 103 40

F W 7 2 1 5

PPV:20DH00  
PER:02/25  
LOT:L582

PPV:20DH00  
PER:12/24  
LOT:K3714



[Création, remonte, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

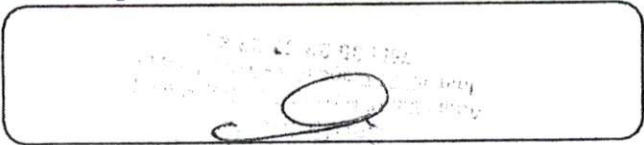
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 Lahss
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 Lahss
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 Lahss a fait un pontage coronarien	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>cardioaspirine, Buprénorphine, cardenal, Taher ou LINDO 20</i> <i>ou Fongkocic</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>Casablanca</i> le <i>08/07/2022</i> Cachet et signature du médecin traitant :	
	

Pharmacie Les Pyramides  
Dr. Elmoustapha GHANDAF  
6, Bx Bd. Abderrahim Bouabid  
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca  
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 garantit la confidentialité des informations communiquées



Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	T o t a l NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	CARDENSIEL 2.5MG 30CP	50,70	0,00	50,70	101,40		101,40		
2	BIPRETERAX /30CP	111,10	0,00	111,10	222,20		222,20		
1	DOLIPRANE 1000MG/8CP EFFER	14,60	0,00	14,60	14,60		14,60	0,96	7,00
2	DOLIGRIPE 8 STS	20,00	0,00	20,00	40,00		40,00	2,62	7,00
2	TAHOR 20MG BTE 28COMP	103,40	0,00	103,40	206,80		206,80		
<b>REMISE GLOBALE :</b>		<b>BRUT TTC</b>	<b>585,00</b>	- Remise	<b>0,00</b>	= NET TTC	<b>585,00</b>		
Nombre d'Articles : 5		TVA 7% Base :	51,14	Montant :	3,58	TVA 20% Base :		Montant	
Arrêté la présente facture à la somme de : <b>Cinq Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams.</b>									