

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-666968

243202

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10594 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL HAYLANI ABDELLAH H'M

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 26 92 83 Total des frais engagés : 3372,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. EL HAYLANI ABDELLAH H'M 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 : Cas Le : 02/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclar

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
24 Dec 2022		01	150	INP E: 091774945

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24/12/22

3372,80

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

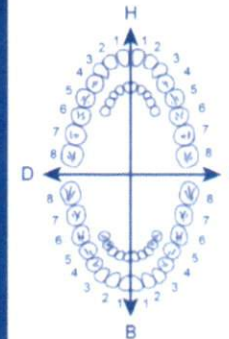
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : 00000000



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

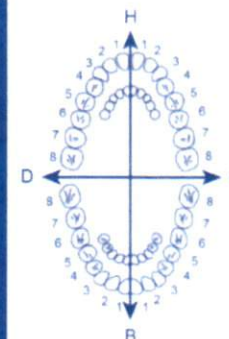
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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

Dr Mostafa TACHFINE

Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme Universitaire d'Echographie

Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفين

حاصل على دبلوم لداء السكري

بجامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Casablanca le :

24 Dec 2022

الدار البيضاء في :

M ELHAYANI Abdelrahim

390,000.3

ou

1 - Glucosmet 50 / 1000



196,50 x 4

o/

2 - Novo Nordisk 2



m

3 - 1 - 1 - 1



3 - FARMIC 75

120,70 x 4

4 - 201am 30



187,50 x 4

5 - SANDUET 4



1 AM x 31



32,00 x 2

INAPREK 4x



3372,80

Dr Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
661 Bd Driss Elharti, C.J - CASABLANCA
Tél : 05 22 38 69 87

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Cinquante Dirhams.**

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DMP/21 NRQ

LOT 211265
EXP 05.2023
PPV 92 00

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50

6 118001 120376

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50

6 118001 120376

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50

6 118001 120376

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50

6 118001 120376

ZOLAM® 30 mg
28 comprimés
PROMOPHARM S.A.

LOT 22001
PER 12/24
PPV 1200H70

6 118000 240969

ZOLAM® 30 mg
28 comprimés
PROMOPHARM S.A.

LOT 22001
PER 12/24
PPV 1200H70

6 118000 240969

ZOLAM® 30 mg
28 comprimés
PROMOPHARM S.A.

LOT 22001
PER 12/24
PPV 1200H70

6 118000 240969

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DMP/21 NRQ

LOT 221467
EXP 05 2024
PPV 92.00 DH