

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 canaux, 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 canaux.

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'Hayat
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° W21-722236

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04930 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 143741

Nom & Prénom : BABA HASSAN

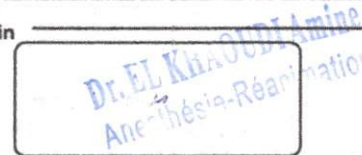
Date de naissance : 21/8/64

Adresse : Habi-hell

Tél. 0666199817 Total des frais engagés : 745,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/22

Nom et prénom du malade : Age : 58

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 : Le : 21/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd attestant le Paiement des A
28/11/2022		10	gratuit	INP : 091255293

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28/11/2022	20.11.2022	
28-11-2022		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.11.22		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433352</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433353</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433352	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433353	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																				
25533412	21433352																			
00000000	00000000																			
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433353																			
B																				
					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



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصححة القلب والشرابين فرانس قیل

Clinique Franceville

Département anesthésie réanimation Cardiovasculaire

Dr A. FASLA
Dr A. ELKHAOUDI
Dr B. BENSGHIR

Casablanca le 28/11/2022

Prescription médicale de sortie

Mr : BABA HASSAN

1. Lanprol 30 mg 1 gel / jour Soir
2. Plavix 75 mg 2 cp / jour Matin
3. Cardioaspirine 100 mg 1 cp / jour Mid
4. Tahor 80 mg 1 cp / jour Soir
5. Lasilix 40 mg 1 cp / jour Matin
6. Kcl sirop 1 cas x 3 / jour
7. Cordarone 1 cp / jour Matin
8. Cardensiel 2.5 mg ½ cp x 2 / jour

PHARMACIE LA BRISE
Dr. SELASSI Narjes
38, Rue Abou Abdou El Azfi Marnif Casa
Tél: 0522 99 07 10 - 0522 92 10 70
ICE: 001688165000012

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V: 318,00 DH
6 118001 081257

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 340DH60
6 118000 060468



89,70

COR-DARONE 200MG
CP SEC B40
6 118000 061120

EXP 06/2025
LOT 22033 5

POTASSIUM
LAPROPAN
Sirop 125 ml
6 118000 031925

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

avenue Ghandi - Casablanca - Maroc
212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 2
cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.com
INSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Cod

Patente : 347767