

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Declaration de Maladie

N° W21-701637

246304

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3482

Matricule : 3482 Société : 2AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ABEL Abdelhamid

Nom & Prénom : ABEL Abdelhamid

Date de naissance : 18-01-1952

Adresse : 23 Rue Ibnou Habib - CASA - Hassan

Tél : 0661 2115 42 Total des frais engagés : 1831,30

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: C. NINIA, 24 JAN. 2023]

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 17 janvier 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

INP :

--	--	--	--	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p>Mme ALLOUCHE Zahry Khadija</p> <p>Pharmacie Les Arenes</p> <p>5, Rue Jalal E-dine Sayouri</p> <p>Quartier Racine</p> <p>Tel: 05 22 36 28 24 - Casablanca</p>	12/1/23	T= 1831,30 DHS

Cachet du Pharmacien
Mme ALLOU CHE Zahry Khadija
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal E-ddine Sayouti
Quartier Racine
Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca

12/1/23 $T = 1831,300 \text{ Hz}$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

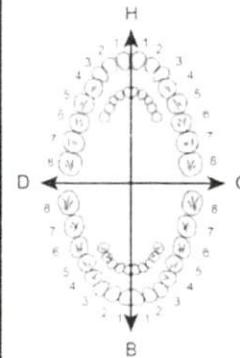
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

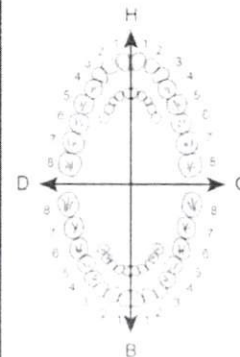
VOLET ADHERENT

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

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Creation, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Pharmacie LES ARENES - Casablanca

Khadija ALLOUCHE ZOHRY

0522941945 - - - 0522362824

05.Rue Jalaeddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca



Facture N° FAC-59341

Date : 12/01/2023

Mme ALLOUCHE Zohry Khadija
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal E-dine Sayouti
Quartier Racine
Té : 05 22 36 28 24 - Casablanca

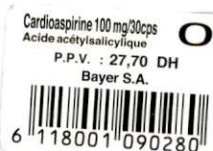
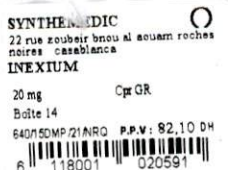
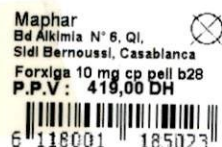
Maroc

Nom: ABEL Abdelhamid

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SIMVACOL CO 40MG B28 COMP	1	73,40	1	73,40
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	2	82,10	2	164,20
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	1	27,70	1	27,70
EXFORGE CO 10MG/160MG B28 COMP	1	273,00	1	273,00
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELLI	1	419,00	1	419,00
JANUMET CO 50/1000MG B56 COMP	2	437,00	1	874,00

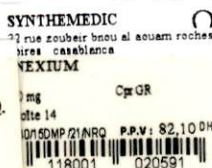
Code de TVA	1	2	3	Total HT	1 820,56 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	10,74 DHS
Montant (DHS)	0	10,74	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	1 831,30 DHS
				Total	1 831,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille huit cent trente et un DHS et trente centimes



Mme ALLOUCHE Zohry Khadija
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal E-dine Sayouti
Quartier Racine
05 22 36 28 24 - Casablanca

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



IF : 40718480 TP : 35710111 RC : 183950/CASABLANCA ICE : 001713768000077

Tel : 0522941945 - - - 0522362824

Adresse : 05.Rue Jalaeddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca