

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

- 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° W21-789346

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FALLANI RAHMA
 Date de naissance :
 Adresse : HAY ENNASSIM ALE les champs
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FALLANI RAHMA Age : 28 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète et HT

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 : 28 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2023	3309,40 dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

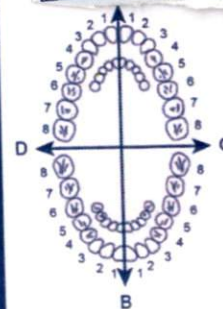
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

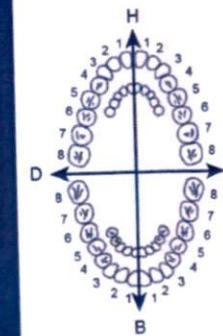


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

LOT 213052
EXP 11 2024
PPV 107.60

LOT 213491
EXP 01 2025
PPV 107.60

LOT 222562
EXP 08 2025
PPV 107.60

LOT 222250
EXP 06 2025
PPV 107.60

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.
PPV : 390 DH



Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.



COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH



COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH

Casablanca Le 28/08/2023

Facture N° 91

M: ^{me} FALLAH
RAHMAPHARMACIE H₂O326, Lot. Nassim, Quartier NASSIM
MA-20190 CASABLANCA
Tél/Fax: 05.22.89.05.00
www.ph2o.ma

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
04	Stugid (COT)	107.60	430.40
04	Novo Rapid Flexpe	571.00	571.00
02	Novo mix Flexpen	559.00	1118.00
02	Galvus 520 q	390.00	780.00
02	Cotareg 160/25 q	205.00	410.00
		T =	3309.40
<p>Arrêter la présente facture à la Somme de : Trois mille trois cent neuf dinhames et quarante centimes.</p>			
<p>PHARMACIE H₂O 326, Lot. Nassim, Quartier NASSIM MA-20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.89.05.00 www.ph2o.ma</p>			

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

Nom et prénom : **FALLAH RANMA**
Matricule : **7439** N° CIN : **C213025**
Adresse : **HAY ENNASSIM R^e des champs III apt C8 Casa**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR SAID GZOU** Spécialité : **Médecine Générale**
N° ICE : N° INPE : **091069666**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **FALLAH RANMA**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie
- **GALVUS** - **NovoruxE**
- **Stacrid** - **Novo rapid**
- **Cotarec 160/25**

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

Diabète + HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **GALVUS** **Novoruxit**
Stacrid **Novo rapid**
Cotarec 160/25

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **لادنور سعيد الخزولي** le **27 FEB 2021**

Cachet et signature du médecin traitant :

دكتور سعيد الخزولي
طبيب محلف، خبير لدى القضاء
60. مولاي التمامي
(قرب من مستشفى الحي الحسني)
مانولا الحي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف : 022 90 70 88 - الفاكس : 022 90 97 66

* 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