

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° W21-720772

153439

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : TIKER Société : 2729 RAH.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : TIKER Abdelatif
 Date de naissance : 1949
 Adresse : el Maahidine N°31 el Yadiida.
 Tél. : 0600669219964 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1956
 Nom et prénom du malade : NASRI NASAT Age : 1956
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabétique
 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 : _____
 Signature de l'adhérent(e) : _____



Autorisation CNDD 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
PHARMACIE DU 3^{ème} ETAL Youness ET TALBI Dren Pharmacien Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Tunis 10, Bd. Attahrine - Bab el Bhar 1054 Tunis 2141	14/03/23	1554.00
		INPE: 112054325

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	

LOT D455069N.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.7
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.7
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.7
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.5
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.5
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

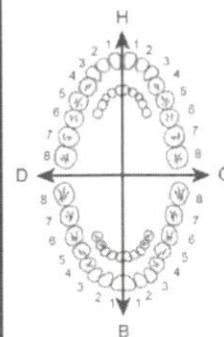
H
28533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 000280

El Jadida, le 14/03/23

M.me ENNACRI NAJAT

Doit

Qté.	Désignation	P.U.	Montant
14	Humalog Mix 50	111,00	1554,00
Arrêté la Présence de la Facture sous le montant de mille cinq cent cinquante Quatre Dirhams. maladie chronique			
PHARMACIE DU SOLEIL YOUNESS ET TALBI Docteur en Pharmacie 37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA			

Signature et Cachet