

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

- Reclamation : 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'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° W21-725367

58646

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05264 Société : RAM
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KARBAT NAJIA
 Date de naissance : 06/09/1956
 Adresse : 107, Rue OURJOUANE, Rés Red 2 - HAY EL PRANA - CASABLANCA
 Tél. : 0661201571 Total des frais engagés : 1877,50 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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'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 : CASA Le : 06/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NOUR KANBAJ Soumim 100, Angit Yaouf - M: meouat 20 310: Abderrahmane - Casablanca Tel: 0522.36.89.11	23/01/2013	1872,50

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

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NOUR

10B, Ag Yacoub El Mansour et Sidi Abderrahmane Casablanca

Mme SOUMIA KABBAJ

Tel : 022368911

MME KABBAJ NAJIA

Facture no : 15932

Le : 27/03/2023

Quantité	Désignation	Prix	Montant
5,00	COVERAM 5 MG/5 CPS	208,00	1 040,00
5,00	CARDENSIEL 2.5MG	50,70	253,50
5,00	LIPANTHYL LM 160 MG BT/30CP	116,80	584,00
TVA	148.49	Total	1 877,50

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE HUIT CENT SOIXANTE DIX SEPT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	7 588,79	531,21	8 120,00
20.00%	20,00	-6 453,75	211,25	-6 242,50
		1 135,04	742,46	1 877,50

PHARMACIE NOUR
Mme Soumia Kabba
10B Ag Yacoub El Mansour
et Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tel : 05 22 36 89 11

PHARMACIE NOUR
Mme Soumia Kabba
10B Ag Yacoub El Mansour
et Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tel : 05 22 36 89 11

maphar ○
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV.: 116,80 DH



6 118001 181636

maphar ○
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV.: 116,80 DH



6 118001 181636

maphar ○
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV.: 116,80 DH



6 118001 181636

maphar ○
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV.: 116,80 DH



6 118001 181636

maphar ○
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV.: 116,80 DH



6 118001 181636

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 50,70 DHS

7862160246

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين



30 حبة



208,00

208,00

208,00

30 حبة



208,00

208,00