

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° 05-98 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° W21-809813

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKERZOU L DRISS

Date de naissance : 09-02-1965

Adresse : 55 RUE 11 LOT 12 WAHDAI DE ROUA

Tél. : 0673725437

Total des frais engagés : 0659

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAMRANI KHADIJA

Age : 50

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 : DE ROUA

Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-809813

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 06402

Nom de l'adhérent(e) : AKERZOU L

Total des frais engagés : 659

Date de dépôt : 10-07-2023

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL FAIZ N° 00 Lot K150, A 2 Deroua Tel: 0622315809 INPE: 062071030	10/15/23	659,00

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

[illegible]

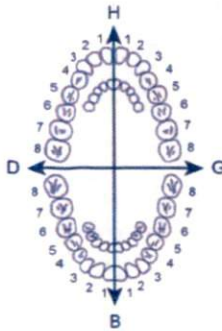
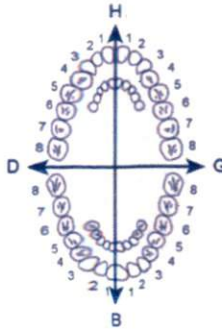
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IN																									
				CO DE MO DES SO																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION MASTICATOIRE			COEFFIC DES TR MONTA DES SO DATE D DEVIS DATE D																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	B																												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN																													

LOT D455069AD.3

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D539366H.1

UT AV 07 2025

PPV 111.00 DH

2024-09-19
2122A0504

79.00

GS300

LOT 230392
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

MONTANTS
DES SO

DATE DUE
DEVIS

LOT 230392
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

DATE DE LOT D539366H.7
UT AV 01 2025
PPV 771.00 D1

LOT D455069AD.3
UTAV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.1
UT AV 01 2025
PPV 111.00 DH



DR ELFAIZ

PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

R.C :21908

Patente:55800221

T.V.A :

Tél :05 22 51 58 69

Le 10/05/2023

FACTURE N°202310

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI KHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	GLUCOPHAGE 1000 MG / 30 CPS	28,00	56,00		
1	BANDELE BIONIME / 50	130,00	130,00	21,67	20,00
2	BANDELE BIONIME / 25	70,00	140,00	23,33	20,00
3	INS HUMALOG MIX 50 / 1 STYLO	111,00	333,00		

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot Khadija 2 Deroua
Tel:0522515869
INPE:062071030

TOTAL T.T.C :

659,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	270,00	Montant	45,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Cinquante Neuf DIRHAMS.