

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° 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' 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

M23-011210

175899

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A0068 Société : R.A.M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HSAM JAMAL
 Date de naissance : 17.09.1961
 Adresse : HAY LAUK BULE 55-103 Bemauss
Clif cara
 Tél. 0622381500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11.9.2023
 Nom et prénom du malade : HSAM JAMAL Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : leucoplasie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 :
 Signature de l'adhérent(e) :
 R ACCUEIL

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

11/09/2023

28

6

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologie - Radiothérapie
0522 31 16 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av des F.A.R. Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69

11/09/23

444,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sbaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologue - Radiothérapeute

Unité d'Oncologie
Radiothérapie

Casablanca, le.....

11/09/2023

Mr. HSAIN JAMAL

DEXAMETHASOME

14 mg soit 1 Gel / le matin pendant 7 jours
12 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours
10 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours
8 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours
4 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours
2 mg soit 1 Gel / le matin pendant 5 jours

98,270

100,210

98,410

98,118

98,102

98,186

444,00

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologie - Radiothérapie
091151894

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR

61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69



PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR
Docteur en pharmacie
Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C :118264

Patente:35 101 720

T.V.A :823288

C.N.S.S:1850107

Tél :0522 31 16 40

Le 11/09/2023

FACTURE N°628889

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR HSAIN JAMAL

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
5	DEXAMETHASONE A 12 MG GELULES	17,00	85,00	14,17	20,00
5	DEXAMETHASONE 10 MG GELULES	14,00	70,00	11,67	20,00
5	DEXAMETHASONE 8 MG GELULES	14,00	70,00	11,67	20,00
5	DEXAMETHASONE 4 MG GELULES	10,00	50,00	8,33	20,00
5	DEXAMETHASONE 2 MG GELULES	10,00	50,00	8,33	20,00
7	DEXAMETHASONE A 14 MG GELULES	17,00	119,00	19,83	20,00

PHARMACIE MARHABA

André ACHOUR

61, Av des F.A.R Casablanca

Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69

INPE
092041391

TOTAL T.T.C : 444,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	444,00	Montant	74,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quarante Quatre Dirhams.