

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 canalaires, 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 canalaires.

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'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

M23-002033

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2473 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADDAN NABUKA
 Date de naissance : 27/05/1953
 Adresse : 127 Bd Lalla Yacout 3ème étage N°4
 CACA Mawra
 Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 2897,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 FEV 2024
 Nom et prénom du malade : KADDAN NABUKA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Appareil fœtal
 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 : Casablanca Le : 12/02/24
 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

07 FEB. 2024 *[Signature]* 300 dh *[Stamp: W. CH. HPIALI, 5 Bd Victor Hugo - Casablanca, Tél: 0522 44 93 98, 05 1039677]*

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

[Stamp: PHARMACIE DES HADJES, 18 Bd Victor Hugo - Casablanca, Tél: 0522 44 93 98] 01/02/2024 2597,60

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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

[Dental Chart Diagram]

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 G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

[Dental Chart Diagram]

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques
Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre
Perturbations Hormonales
Ménopause - Andrologie
Sur Rendez-Vous

الطبيبة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في امراض الغدد
وداء السكري والكوليسترول
علاج السمنة وامراض الغدة الدرقية
الاضطرابات الهرمونية
بالموعد

Casablanca, le 07/02/2024 في الدار البيضاء،

KADDAM MALIKA

- **Levothyrox 100 µg**
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS
24.40 x 3
- **Levothyrox 50µg**
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS 5JOURS/SEM
13.40 x 3
- **Levothyrox 25 µg**
1 Comprimé, /J 2JOURS/SEM pendant 3MOIS
6.80 x 2
- **RYZODEG FlexTouch**
1 Comprimé, midi, 16U pendant 3MOIS
1189.00
- **VIPDOMET 12,5/1000 MG**
1 Comprimé, matin, soir, pendant 3MOIS
437.00 x 3
- **D CURE forte**
1DOSE/ MOIS X 3MOIS
496.00

2597160

Dr. Wafaa CHAFIQ-FILALI
ENDOCRINOLOGUE
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522.54.31.77 - 091039677

11

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

5x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/Insuline Asparte
PPV : 1182,00 MAD



2-052-57-9956-8



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335