

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 069721

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0772 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BRAHJI Mohammed
 Date de naissance : 1948
 Adresse : 100 Bloc 104 Cite Chergel AGADIA
 Tél. : 0614088349 Total des frais engagés : # 5207,60 DH # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr GUESSOUS Mohamed
64, Allée des Sophras - Ain Sebaâ
CASABLANCA - Tél. : 022.33.00.22

Date de consultation : 26/10/22
 Nom et prénom du malade : ERRIHANI Hapide Age : 1950
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète 454
 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 : 26/10/22
 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
			150,00	Dr GUESSOUS Mohamed 64 Allée des Sophoras - Ain Sebaâ CASABLANCA - Tél. : 022.35.00.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LE ROBERT Dr. Adil KITANE 25, Bd. My Youssef - Rte. de Rabat Tél: 022.35.50.11	le 24/10/2022	5057,20

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
		AM	PC	IM	IV	

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Dr Mohamed Guessous

Omnipraticien

Lauréat de la Faculté de Médecine

Centre Hôpitalo - Universitaire / vicenne

الڈاکٹر محمد جوسس

خريج كلية الطب

المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا

Casablanca, le 24.10.22 في الدار البيضاء

ERRIKANI

HAKIDA

$439,00 \times 4 = 1756,00$

- Apidra Seclastar



22 → 22 → 22

$744,00 \times 2 = 1488,00$

- Antus Seclastar



22 → 22 → 22

$390,00 \times 4 = 1560,00$

- Galvus Met Seclastar



14 x

$63,30 \times 4 = 253,20$

- Tiritazide 10/25



traitement de (03) mois

5057,20

Pharmacie Le Repère
Dr. Adil KITANE
395, Bd. My Ismail - Rte. de Rabat
Tél.: 0522 35 50 11

Dr GUESSOUS Mohamed
64, Allée des Sophoras - Ain Sebaâ
CASABLANCA - Tél.: 022.35.00.22

64، شارع الفاصوليا - عين السبع - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.35.00.22
64, Allée des Sophoras - Ain Sebaâ - Casablanca - Tél.: 05.22.35.00.22

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

63,30

PPV 639DH00
20001 11/24



63,30

10005



63,30

10005



63,30

10005

