

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'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

M22- 0039669

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

Le : / /

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
13/10/22	S		U	Professeur AMRANI Neurochirurgien 49-AV 2 Mars Résidence les roseaux 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 26 87 01 05 22 27 11 84 - 98 92 12 12 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOURMET Bd. Tah Rte 2 N°2 Ain Chock Tél: 03 97 15 60 63	13/10/22	906,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

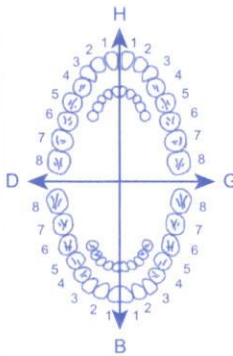
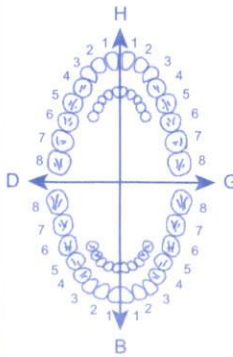
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ELZOMED S.A.P. 11, Rue Grasset RDC Rés. JESSIR CASABLANCA Tél: 05 61 91 12 30	10/08/22					139,00 dh

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 <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"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ELZOMED

MATERIEL MEDICAL

11 Rue Grasset Res Jassim Quartier des Hôpitaux
Casablanca

TEL : 0522472363

FAX : 0522472363

elzomed@gmail.com

Facture N° : FA22/0453

DATE

CLIENT

PAGE

08/11/2022

0001

1


Mr AMRANI IDRISSE SIDI Abdelmoul

CASABLANCA

MODE DE RÈGLEMENT

Espèces

Remarque :

REF	DESIGNATION	QUANTITE	P.U. HT	MONTANT HT	% TVA
COL.S.R.AR	COLLIER SEMI RIDIGE ARMOR	1.00	108.33	108.33	20.00
					

Références : BL: BL22/0772 du 08/11/2022

BASES HT		REMISE	MT TVA	% TVA	PORT	TOTAUX	TOTAL TTC	ACOMPTE	NET A PAYER
1	108.33	Tx: 0.00 0.00	21.67	20.00	0.00 0.00	H.T. : 108.33 T.V.A. : 21.67	130.00	0.00	130.00 TIMBRE : 0,325

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : cent trente dirhams

Casablanca , Le 13/10/2022 في الدار البيضاء

Mr AMRANI IDRISSE Sidi Abdelmoul

COLIER CERVICAL SEMI RIGIDE 24/24

TANAKAN

1 1. 1

DSTRESS

1 1. 1

NODEP 50

0. 0. 1

MOBIC 15 + EZIUM 20

1 comprimé de chaque médicament le soir

DUOXOL OU RELAXOL

2 0. 2. 20J

puis si douleurs

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 2 MOIS

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 13/12/2022 POUR CONSULTATION

Maladies et

Chirurgie

de la

colonne

vertébrale

Maladies et

chirurgie

du crâne

130,00 dh
ELZOMED S.A.R.L.
11, Rue Grasset RDC Rés. Jassim
CASABLANCA
Tél.: 06 61 91 12 30

PHARMACIE GOURMI
Bd. Tah Rive 2 N°2 Ain Chock
Tél: 022 87 45 60 Casa

206,00
Professeur AMRANI F
Neurochirurgien
49, Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux
1er Etage - Casablanca - Tél: 05 22 26 58 01
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

b

PPV: 144DH50
PER: 09/23
LOT: K3637-3



PPV: 61DH50
PER: 06/25
LOT: L2129

