

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

- Reclamation : 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- 066673

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2186 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE 27647
Nom & Prénom : EL ALAMI MOHAMMED
Date de naissance : 01-07-1950
Adresse : 12, LOT KENZA RUENO, BD HACHMI FILALI
(EX BOUTADART), CALIFORNIE, CASABLANCA
Tél. 0661 49 40 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja
El Fardi Appt 4 - Casablanca
Tél : 05 22 25 34 66
Date de consultation : 27/10/22
Nom et prénom du malade : EL ALAMI MOHAMMED
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhinopharyngite
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 : 28 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : 28/10/2022

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
27/10/22		6	6	AMAL SALIM Médecine Générale Diabète, Hypertension Angle Bd. Bourgoigne et Rue Moucharraja El Fardj Appl. - Casablanca Tél : 05 22 26 37 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GREENTOWN Dr. Maria AZENNAR Centre Commercial Casa Green Town Ville Vert Rouskoura Tél : 05 22 52 52 59	27/10/22	278,80
INPE - N° 092095298		

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 :

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail



الدكتورة أمال سليم
خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين
الطب العام
داء السكري والحمية
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 27/10/22

M^r ELALAMI Mohamed

Docinox
LOT: 220222
DLUO: 02/2025
69.0004

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV: 58,40 DHS



PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80
DASEN

47,80

1) Dasen

58,40 1 gel x 3/j

2) Solupred 20

58,40 3 cp /j en 1 prise le matin x 05 jrs

3) Docinox sup

103,60 1 cas x 3/j

4) Amoxil lg

98,80 1 cp x 3/j x 08 jrs

PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial
Cas Green Town Ville Verte
Bouskoura Tél: +212 520-526359

PPV: 103,60 DHS
LOT: 649212
PER: 02/24
Dmoxil

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa
El Fardi, Appt. N°4, 1^{er} étage - Casablanca
Tél: 05 22 26 34 66