

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

M22- 0052247

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11409 Société : 148242
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TALIE HICIAM
Date de naissance : 09-11-70
Adresse :
Tél. 0664 30 44 17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/01/2023
Nom et prénom du malade : B. V. R. G. M. S. P. A. S. M. Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
11/11/22			250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé

Date

Montant de la Facture

19/01/23

696,408

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 :

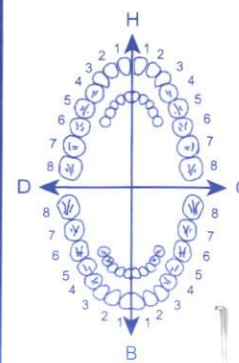
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

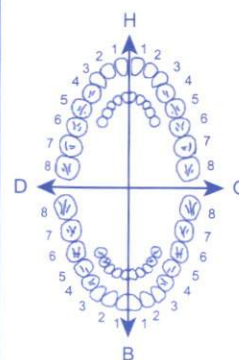
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

Casablanca, le :19/01/2023.....

الدكتورة لبنى قباچ

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

**طبيبة مستعجلات بمصلحة درب غلف المتعددة التخصصات للضمان الإجتماعي سابقا
الطبيب ف.م.م. السكري**

Lot :

LOT : 220589

PPV :

EXP : 05/2027

Exp :

PPV : 95,00DH

MME BGUIRI EP TALIQ SAMIRA

- **Fersang - gélule**
1 Comprimé matin midi soir pendant

- **Vigam Fer - Comprimé**
1 comprimé matin pendant 3 mois

- **Cilentra 10 mg - comprimé pelliculé sécable**
1 comprimé soir pendant 3 mois

- **Labixten 20 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin, pendant 1 mois

- **Saflu 125 µg - suspension pour inhalation**
2 bouffes, matin, soir, pendant 10 jours

- **Fluomizin - comprimé vaginal**
1 Comprimé, soir pendant , 6 jours

- **Augmentin 1 g / 125 mg - sachet**
1 sachet, matin, soir, pendant 10 j

- **Oedes 20 mg - gélule**
1 Gélule, matin, pendant

LOT 211316
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211146
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

7-ICI

PHARMACIE MERIEUX
Nourddine IBA
Docteur en Pharmacie
311, Bd. Abdelmoumen Casa
Tél.: 05 22 86 05 70

LOT: GB20549
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00

Distribué par: ZENITHPHARMA -
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane
Agadir-Maroc
Dr. M. EL BOUHADI, Pharmacien Respons
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ
P.P.V.: 96,40 DHS

PPV: 126,30 DH
LOT: 650346
PER: 07/24

05 22 86 14 93

I.kabbaj@hotmail.fr

05/22 86 14 93

I.kabbaj@hotmail.fr

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1er étage, bureau 109 - Casablanca

مجمع عبد المومن. زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال الطابق الأول
الرقم 109 الدار البيضاء