

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- 0017694

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 482

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRI RANAL

Date de naissance : 01-01-1942

Adresse : Habituelle

Tél. : 060173696

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11.04	5	6	Docteur Ahmed Boudina

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADILA-CASABLANCA Mme FILALI GUENNOU 226, Boulevard Al Joulani Sclanta 2 - Casablanca Tél: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000002 N.P.E: 092004506	12/12/23	422,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

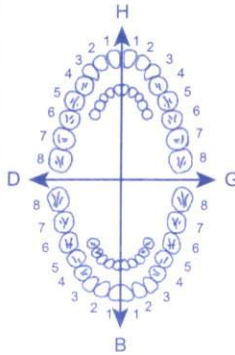
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

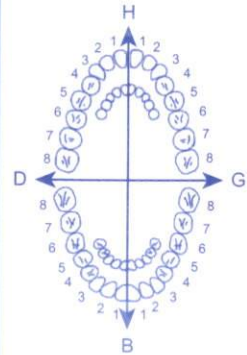
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

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



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

ORDONNANCE

Dr. Ahmed BIDANI
 CARDIOLOGUE
 Bd. Eddakhla N°166 Casablanca
 Tél. 05 22 29 18 72 - Fax 05 22 29 17 10 15

Casa, Le: 11.4.2023

MA. AMRI RAHMAN

31,30 X 4 = 125,20 (S.V)
 1) Zyloric 200mg (4)

413,00 X 5 = 2065,00 (S.V)
 2) ANGLON 5mg (5)

58,00 X 1 = 58,00 (S.V)
 3) INDOCOLLYRE 0,1%.

23,90 X 1 = 23,90 (S.V)
 4) DIPHOLÉNE 0,05%

X 04 = 422,10

PHARMACIE FATHA-CASABLANCA
 229, Boulevard Al Jouhane
 Casablanca
 Tél. 05 22 38 01 47
 N°CE : 002115854000092
 I.N.P.E : 092004506

Dr. Ahmed BIDANI
 CARDIOLOGUE
 Bd. Eddakhla N°166 Casablanca
 Tél. 05 22 29 18 72 - Fax 05 22 29 17 10 15



PPV: 43DH00
PER: 09/24
LOT: L3094



PPV: 43DH00
PER: 09/24
LOT: L3094



PPV: 43DH00
PER: 11/24
LOT: L3094

LOT: 221348
EXP: 05/2026
PPV: 31.30

LOT: 222186
EXP: 06/2026
PPV: 31.30



LOT: 222631
EXP: 08/2026
PPV: 31.30



LOT: 221347
EXP: 05/2026
PPV: 31.30



PPV: 43DH00
PER: 09/24
LOT: L3094



611 800115 012 0
DIPROLENE 0.05% Pommade 15g
P.P.V: 23.90DH
Distribue par MSO Maroc
B.P. 136 Bouskoura

LOT: B59901
EXP: 12/2023

PPV: 43DH00
PER: 02/25
LOT: M492



INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMACIA
AMM N°15/19/DMP/21/NRQDNM

LOT: 7903
FAB/ تاريخ الانتاج: 10-2021
EXP/ تاريخ الانتهاء: 03-2023



6118001270086

PPV: 58,00 DHS