

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



Déclaration de Maladie

M23-007381

465331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUMI MOHAMED

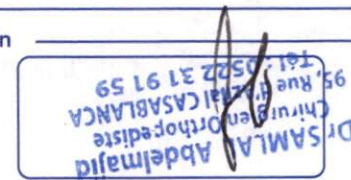
Date de naissance : 31/12/1955

Adresse : CITE EL HANK - Imm. 1 - Appt. 17 - CASABLANCA

Tél. : 0661 769233 Total des frais engagés : 709,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/6/2023

Nom et prénom du malade : SAHIBEDDINE Adèle Age : 66ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur à la jambe gauche

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 : CASABLANCA Le : 12/6/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/6/23	cs		Contuit	DR SAMIR AL ARHAWINE Chirurgien D. Spécialiste 69 16 83 50 11 50 69 16 83 50 11 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ARHAWINE Dr GHAZLAOU Laila Alakhawine Had Soualem Tél. 05 22 96 34 22	12/6/23	709,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr GHAZLAOU Laila Alakhawine Had Soualem Tél. 05 22 96 34 22			

AUXILIAIRES MEDICAUX

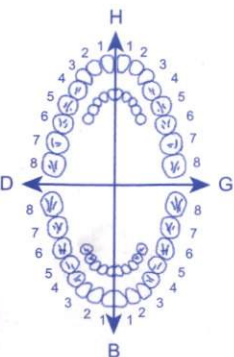
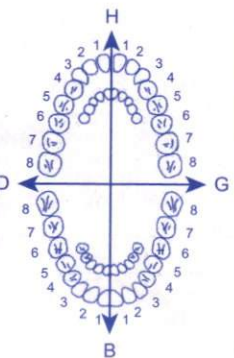
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>														
				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

Chirurgien

طبيب جراح

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de
Franche - Comté
Membre de l'association Française de Chirurgie
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie

جراحة العظام
جراحة المفاصل

Casablanca, le 12-06-2023

SAHIBEDDINE FADILA

$70,90 \times 3 = 212,70$ - Profenid 100mg 1 s / nuit

$76,50 \times 6 = 459,00$ - Nalgescic 1's 3 s / jours

37,70 - Depo-medrol 1 inj In.

Total: 709,40 DH

Dr SAMLAL Abdelmajid
Chirurgien Orthopédiste
95, Rue d'Azilal CASABLANCA
Tél : 05 22 31 91 59

LOT: 22E008
PER: 02 2025
PROFENID 100MG
CP PEL 830
P.P.V: 70DH90
6 118000 060802

LOT: 22E002
PER: 12 2024
PROFENID 100MG
CP PEL 830
P.P.V: 70DH90
5 118000 060802

LOT: 22E018
PER: 05 2025
PROFENID 100MG
CP PEL 830
P.P.V: 70DH90
6 118000 060802

LOT 211823
EXP 07 2024
PPV 76.50
Nalgescic® 300 mg
36 comprimés pelliculés
6 118000 021711

LOT 213330
EXP 12 2024
PPV 76.50
Nalgescic® 300 mg
36 comprimés pelliculés
6 118000 021711

LOT 221831 1
EXP 05 2025
PPV 76.50
Nalgescic® 300 mg
36 comprimés pelliculés
6 118000 021711

LOT 220883 1
EXP 03 2025
PPV 76.50
Nalgescic® 300 mg
36 comprimés pelliculés
6 118000 021711

LOT 213330
EXP 12 2024
PPV 76.50
Nalgescic® 300 mg
36 comprimés pelliculés
6 118000 021711

LOT 221831 1
EXP 05 2025
PPV 76.50
Nalgescic® 300 mg
36 comprimés pelliculés
6 118000 021711

LOT/EXP.:
FW4135
09/2026
P.P.V: 37DH70
6 118001 170487