

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'H
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
M23-007675

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société : 165630

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zouggari Radia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Zouggari Radia

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : T. rh. B. ruse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : S. enati.

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° : AA-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
14/6/23	C	2	908,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092038397	14/6/23	908,50

PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Menjra

100, Bd. Abdelmoumen

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

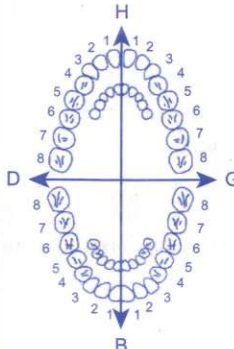
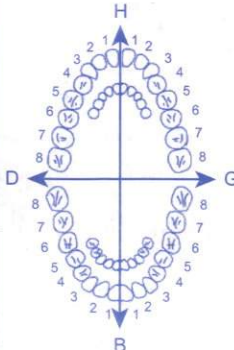
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
B																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا

Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse

Ex Enseignante à la Faculté

de Médecine Casablanca

INP : 091031807



الطكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

14/09/2023

Zouggari Radia

3460 x4

Labilix 241 jar

14.60 x3

Dolysane 1000 14x 2 jar

103.60

Amoxil 14 14x 2 jar

2270 x2

Enism.ane 14 jar

6330

Ballonyp 374.00

1 Rajenta

140.00

Odele

441 jar

PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Mienjra
100, Bd. Abdelmoumen
Casablanca 20100 47 76

AS

AS

AS

AS

AS

AS

908,50

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier. Casablanca
Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT: 220854
PER: 11/2025
PPV: 69.00DH

22.70

PHARMA5
LOT: 3260
UT.AV: 03-26
PPV: 22DH70

PPV: 103,60 DH
LOT: 651316
PER: 11/24

14160
PPV: 14DH60
PER: 02/26
LOT: M576

14160
PPV: 14DH60
PER: 02/26
LOT: M528

14160
PPV: 14DH60
PER: 02/26
LOT: M576

LOT: 22E016
PER: 09/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 22E016
PER: 09/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 22E014
PER: 07/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 22E014
PER: 07/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

6 118001 040773
TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 374 DH 00
10010704/01