

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

- 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'Al
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
M23-013328

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7157 Société : 165939
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LEBABI BOUKHAIB
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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° : 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

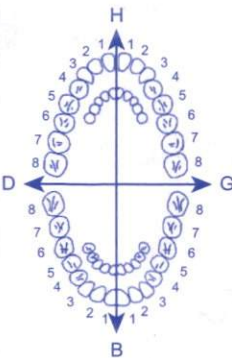
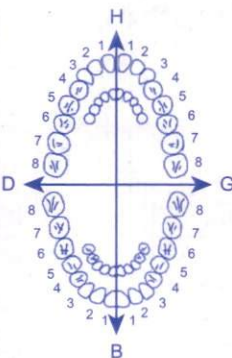
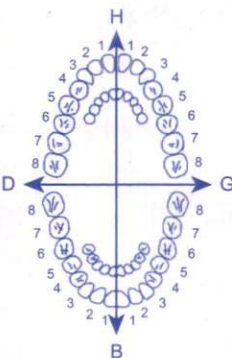
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>		
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> </div> <div>B</div> </div> <div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
							MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div> DATE DU DEVIS </div> <div> <input type="text"/> </div>						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552	
	D 00000000 00000000	
	G 00000000 00000000	
	35533411 11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis
		Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-393977	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-393977

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7157	
Nom & Prénom		LEBAB Boucharb	
Fonction	Resp.	Phones 066226500	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient Lebab Boucharb	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
			Date 05/06/23
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Affecté Brachion			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	-	150	
PHARMACIE		Date 5/6/23	
Montant de la facture		2164.20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

ماض
x2
سكري
عد

PPV: 55,00 DH
LOT: 650089
PER: 05/24

خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca, le :: الدار البيضاء، في:

05 JUN 2023

Lebabi Bahia

PHARMACIE MERSULTAN

218, Avenue Mers Sultan
- Casablanca
Tél: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 25 44

2x15.00

- Amoxicil 1g (245)

^ p x 3

- Predni 20g

3 p x 3

Labali 800

24p x 3

- gentide 500

1p x 2

Dr BOUDAD Latifa
Médecine Générale
Lot Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 22 25 44

2x14.07

- Dohij 1000/2h

PPV:14DH00
PER:11/24
LOT:K3115

T2164.20 ^ r + 31T

SV

PHARMACIE MERSU
218, Avenue
TAN
MAR-05 22 22 25 44 105 22 22 86 95

Dr BONDAD Latifa
Médecin Général
Lot Annair, Im. 420 M's Oulfa
CASABLANCA - Tel: 05 22 91 32 44

PHARMACIE MERSU
218, Avenue
Casablanca -
MAR-05 22 22 25 44 105 22 22 86 95

13x
Ged

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

118001 141259

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

4x
Ged

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:338,00 DH

ID:648360

118001 141141