

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0046257

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10296 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAKIK ABDRAHIM
 Date de naissance : 1958
 Adresse : 2 AWAT MAJOUEN
 Tél. : 0638802234 Total des frais engagés : 1548.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Chakik Abderrahim
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : I RCT
 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 : ROUEN Le : 08/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : I. BOUACHINE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
03.07.23			Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL OUALIDINE Samira RAJEL DENTISTE Boulevard de Nouasser - Tél: (02) 33.47.78 CASABLANCA	03/07/2023	546,00 IND: 062025911

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

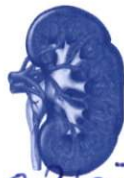
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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>		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

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز
CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ

Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
إختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid Le :

03/07 2023

AMAKIK ABDERAHIM

321,00

T 546110

1) Eucalyptus

2) Humalog

84150x2

3) Cetulax Arul

291,00 (22)

4) Dymahenc

29,00 (20)

5) Nauseal

141,00

6) Dope

Lotissement Ouled Hriz N° 85 - Berrechid - 85 - برشيد
Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr

صيدلية الوالد
Pharmacie EL WAD
Amira RAJEI
Avenue de Noulasse
334770
SABLANCA

EUCARBON®
30 comprimés

6 118001 250295

LOT 4134A
EXP: 06/24
PPV 32DH00

**Humalog 100 UI/ml
KwikPen™**
Solution injectable 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
S.P. N°1: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 10817 DM/021/INRG

6 118001 071517

LOT D477238K.4
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

**Humalog 100 UI/ml
KwikPen™**
Solution injectable 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
S.P. N°1: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 10817 DM/021/INRG

6 118001 071517

LOT D478176C.3
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

Lot : 038
à utiliser de
préférence avant le : 04/2027
C : 84,50 DH

3 401051 422884

3 401051 422884

Lot : 020
À utiliser de
préférence avant le : 02/2028
PPC : 84,50 DH

8 051128 631982

Lot:
A consommer de
préférence avant le: 230284
PPC : 79,50 DH 03/2026

Nauselium 1mg/ml Flaco

6 118000 091882

LOT : 1892
UT. AV: 08 - 24
P. P.V: 29 DH 00

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

PPV 114 DH 00
PER 02/26
LOT M723