

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W21-791319

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2568 Société : R. A. M

Matricule : 2568 ☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Rafael

Nom & Prénom : MOURAD

Date de naissance : 18-8-1955

Adresse : Mazola Hay Hassan

Tél. : 0650 722 801 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR HASSAN ABDELAZIZ
Bd Reda Guedira N° 214 CD
Casablanca
G.S.M : 06 61 77 02 02

Date de consultation : 21/06/2023

Nom et prénom du malade : MOURAD RAFAEL Age : _____

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

Nature de la maladie : Assthenie

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 : 21/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-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
21-06-23	C		200 DH	INP : 29/02/4608 [Signature]

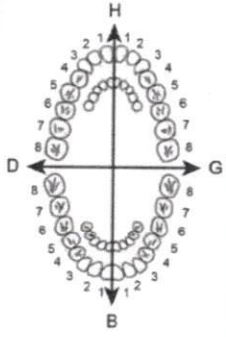
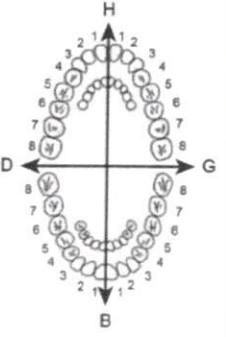
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	21/06/23	336,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOILET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Casablanca , le

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة مونتبولي بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصل من جامعة بوردو
- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بوردو
- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الدار البيضاء، في

21.06.2023

Mme MOURAD Rajae

40,00
82,60
102,00
13,20
99,00
336,80

1 EFFIPRED 20

Prendre 3 comprimés le matin, après le repas, pendant 6 jours.

2 ALER-Z 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 1 mois.

3 AULCER 20 MG

Prendre 1 gélule le matin, avant le repas, pendant 1 mois.

4 ALGIK

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 8 jours.

5 RELAXIUM B6 375 MG

Prendre 1 gélule par jour, avant le repas.

صيدلية المنجيرة
Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Angle Bd. Ibnou Sinaâ Rue 4
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 89 89 88

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin

Bd Reda Guedira N°214 CD

Casablanca

G.S.M : 06 61 77 02 02

شارع رضى اڭميرة (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.55.64.60 - الجوال : GSM: 06.61.77.02.02

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22202
PER: 05/2025
PPV: 102,00 DH

13,20

EFFIPRED® 20 mg

PPV 400DH00
EXP 12/2025
LOT 2N015 4

LOT : 230885
EXP : 05/2026
PPV : 82,60DH

LOT: 230427
DLUC: 05/2026
97,00DH

toires Deva Pharmaceutique
AJADI Pharmacien Responsable