

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, parodontologie 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

- 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 Aligi Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fassi et Rue Aligi Ben Abdellah - Quartier de l'Heritage - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 38 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-815833

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

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 :

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° : 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
28/2/2023	Cu	—	300 m	INP : 091669605 Dr. C. Boukoudja 46 Boulevard Lefebvre Lefebvre Tél : 05 22 11 11 11 I.C.E : 001698983000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE DAR EL KENZ DR. BILDA Rajaa Résidence Dar El Kenz 101 Immeuble 2 - DAR BOUAZZA Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645	28/08/2023	364.00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

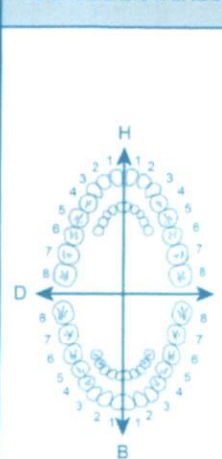
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Le praticien
Importation
Veuillez

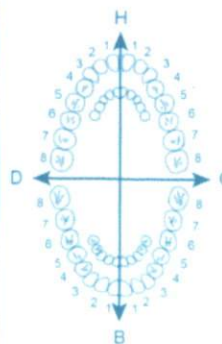
ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 11800 1 272228
PPV: 20,90 DH

DES FRAIS ET HONORAIRES
L'acte pratiqué en indication
de prothèses ou de traitement

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Dent. Nature des Soins Coefficient

Dent. Traitées	Nature des Soins	Coefficient

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

989091 1 0081 1 9

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidosé de 0,5 ml
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
Distribué par MSD Maroc

(Virus de la varicelle vivant atténué (souche Oka/Merck))
Un flacon unidosé de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidosé 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®
فيروس داء الحصع حي موهن سائلة أوكا / مورك
قوارير ذات برعة واحدة 0.5 مل من مسحوق الفيروس وقوارير ذات برعة واحدة 0.7 مل من سائل المذيب لتسهيل

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

LICENCIÉE EN PSYCHOLOGIE

C.E.S. DE PÉDIATRIE

D.E.S. D'ALLERGOLGIE ET IMMUNOLOGIE

CLINIQUE

EX. ATTACHÉE DE CONSULTATIONS

AU C.H.U DE BORDEAUX

D.E.S. D'HOMÉOPATHIE DU C.E.D.H.

46, Boulevard Tadhine

Dar Bouazza - Casablanca

Tél. : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95

E-mail : c.guillemeteau@gmail.com

Sur Rendez-vous

ICE : 001698943000033

INPE : 091069609

الدكتورة كاترين غيملطو

اختصاصية في أمراض الأطفال
والحساسية

46، شارع تيدجين

دار بوعزة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 96 17 95 / 05 22 96 17 91

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الإستقبالات بالموعد

Solhi

Klaser

Casablanca, le 22.8.2023 في الدار البيضاء،

1 Stippr n

A/2 Apple

364-00 Verivox -



ay dhu

G-364-00 D11

Dr. C. GUILLEMETEAU
46, Boulevard Tadhine
Lot Koulou - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95
I.C.E. : 001698943000033

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm 22 - DAR BOUAZZA
Tél : 05 20 13 28 69
INPE : 092104845