

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

- 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'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-013919

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 799 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : FATTAH Mohamed
 Date de naissance : 21/01/1969
 Adresse : Résidence NASIM C11, Route d'El Jadida, Casablanca
 Tél. : 061124217 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2023
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : NAIT BIHI MALIKA
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT
 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 13/12/2023
 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
13/12/23		6 K16	300M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fond de Commerce	Date	Montant de la Facture
	13/12/23	1113,60 M

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



Diplômée de la faculté de Lyon
Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS
Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le : 13/12/2023

M^l Naït Bi Hi Aelika

SV

$98,10 \times 30$
294,30

1) Cosylrel 5/5
upli matin

SV

$22,40 \times 3$
67,20

2) As Kardyl 75
up netu

SV

$114,10 \times 3$
342,30

SV

3) Crestor
up netu

TT le trois 4) amlor

$136,60 \times 3$
409,80

SV

TT = 1113,60

PHARMACIE EL HILAL
LAABO Selwa
77, Rue Al b...
Cité Plateaux - Casa
Tél.: 0522 25 96 06 - ICE: 0014 2024256

Dr **ZOHEIR Fatima**
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Madrif - Casablanca

PHARMACIE EL HILAL
LAABO Selwa
77, Rue Al b...
Cité Plateaux - Casa
Tél.: 0522 25 96 06 - ICE: 0014 2024256

30 comprimés pelliculés sécables

COSYREL® 5mg/5mg

comprimé pelliculé sécable
Fumarate de bisoprolol /
Péridophtil arginine

14011057

6 118001 1302651

COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
P.P.V. 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

احترموا الحقوق الشرعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
قائمة 1 - Y : لا بموجب وصفة طبية - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

X3
cel

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

أسكارديل
حامض ايسيتيل ساليسيليك

75 ملغ

30 قرصا
متحلا

LOT 31004 9
EXP 06/2025
PPU 22DH40

6 118001 183104

لابروفان

X3
cel

6 118001 183104
P.P.V. : 114,10 DH
Crestor 5mg cp pell b30
Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Akimia N° 6, OJ,
Maphar

6 118001 183104
P.P.V. : 114,10 DH
Crestor 5mg cp pell b30
Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Akimia N° 6, OJ,
Maphar

6 118001 183104
P.P.V. : 114,10 DH
Crestor 5mg cp pell b30
Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Akimia N° 6, OJ,
Maphar

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMLOL 5mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 09 5 25 P.P.V.

LOT N° :

GP 16

136 60

136,60

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMLOL 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 09 5 25 P.P.V.

LOT N° : 6 P 16 136 60

136,60

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMLOL 5mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 09 5 25 P.P.V.

LOT N° : 6 P 16 136 60

136,60