

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0011457

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3088 Société : Royal AIR Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : DUAGA AICHA 194438
Date de naissance : 21/01/1965
Adresse : RES MADINAT GH-15 IMM 7 NR14
BER NOUSSI Casablanca
Tél. : 0633 930779 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2019

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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) : ACCUEIL

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
06/04/14	G		150 00 / 100	

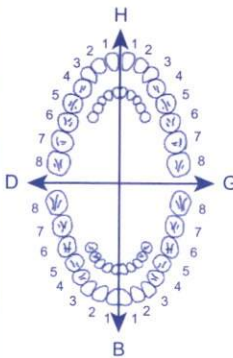
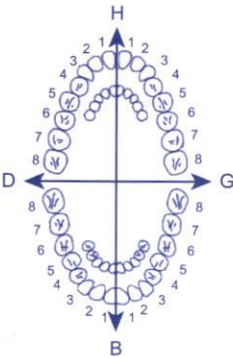
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

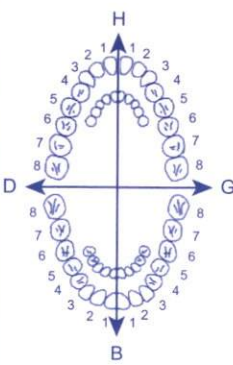
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Reda Eyame

- Diabétologie
- Nutrition diabétique
- Omnipraticien
- D.U diabétologie Faculté de Médecine Fes
- D.U nutrition Faculté de Médecine Casablanca
- Echographie - ECG



الدكتور رضا أيام

- أمراض السكري
- الحمية و التغذية
- الطب العام
- دبلوم جامعي في السكري كلية الطب فاس
- دبلوم جامعي في الحمية و التغذية كلية الطب
- الدار البيضاء
- الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca, Le :

29.30 x 3

1/ Apa L x

28.70 x 2

2/ Piz n 4

1 - 99.00 x 3

CD Nor

13 - an

13 - an

13 - an

عمارة 1 GH09 رقم 3 الطابق السفلي حي الأزهر مدينتي سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

الهاتف الثابت : 05 22 74 63 16 - المحمول : 06 73 23 18 28

115,00
 Hclar 1/2 sachet

28,00
 Ce-Sol 1/2 sachet

38,00
 Ozege 1/2 sachet

54,00
 Casabak 1/2 sachet

227,40

GRANDE PHARMACIE ALFAI
 Ste GRANDE PHARMACIE 11 mm 5 mm
 Sidi Bernoussi CH 11 mm 5 mm
 Lot ALFAI CE : 00280740800012

DR. EYANE Nedja
 Diabétologue - Nutrition diététique
 11 mm 5 mm 5 mm 5 mm 5 mm 5 mm
 Sidi Bernoussi - Casablanca
 07 77 20 14 64 72 93 18 28

LARMABAK 0.9%
 Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,
 Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

38



212,00

78,70

24260 60-02

LOT : 4145
PER : 05-25
P.P.V : 11SDH00

Sie GRANDE PHARMACIE ARAFAI
Sidi Benoussi GH 11 Inn. 6 M
Lot Al Azhar Medinat. RDC - Casablanca
ICE : 002807408000052

30
LOT : 231289
EXP : 09/2026
PPV : 99,00DH

APADEZ[®] LP
Indapamide 1,5 mg



6 118000 360070

EXP 09/2026
PPV 78,70

242600060-02

Sie GRANDE PHARMACIE ARAFAI
Sidi Benoussi GH 11 Inn. 6 M
Lot Al Azhar Medinat. RDC - Casablanca
ICE : 002807408000052

29,30

LOT : 231289
EXP : 09/2026
PPV : 99,00DH

LOT : 231289
EXP : 09/2026
PPV : 99,00DH