

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'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

M22- 0057435

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société : 196501
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : A. Rifi Mohamed
Date de naissance : 14/11/1939
Adresse : rue Mustafa Chabari, Anfa 3, bloc 3, App 5
Tél. : 06 77 56 19 31 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12 Janv 2024
Nom et prénom du malade : BEKKAR MERIEM Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : BOEUBLES Digestifs
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 : Le :/...../.....
Signature de :

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
12 Janv 2024		CS	30074	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/01/24

176.00

Pharmacie Meryem/INPE



092042456

ANALYSES - R

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

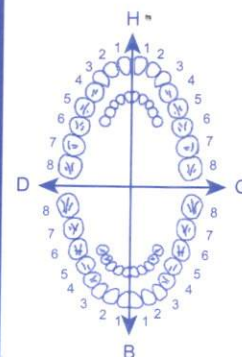
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur OUDGHIRI Jamal Eddine

FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER (FRANCE)

Spécialiste :

- C.E.S. DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
- C.U. DE PROCTOLOGIE MEDICO-CHIRURGICALE
- DIPLOME D'UNIVERSITE : MALADIES METABOLIQUES
- * DIABETOLOGIE
- * NUTRITION
- * MALADIES DU CHOLESTEROL - GOUTTE - OBESITE

AUTORISATION SECRETARIAT GENERALE
DU GOUVERNEMENT
N° 5741 du 30 NOVEMBRE 1982



الدكتور جمال الدين الودغيري

خريج كلية الطب بمونبوليي (فرنسا)
إختصاصي :

أمراض الجهاز الهضمي و البواسير
مرض المرارة - مرض السكري -
أمراض التغذية - أمراض الكولسترول

12 Janv 2024

Casablanca, le

PPV 15DH90

15,90 BEKKAR MERIEM

1/ Efferalgan 500c S.V. 1 AVT Rep

LOT : 5400
PER : 07-26
P.P.V : 64DH1

64,10 2/ ALFA MOX 1g S.V. 1 AVT Rep

3/ Rhinathiol 1624 1 AVT Rep

96,00 1 casange m. el 1 AVT Rep

PPV: 96DH00
PER: 03/26
LOT: M3533-1

4/ Prazol 20mg S.V. 1 AVT Rep

176,00



Pharmacie Meryem

Casablanca

Mme Ikhlasse Benyahya

19 bis, Bvd Ibnou Sina

Tél: 0522 36 33 27

ICE: 002600843000001

N°FE: 092042456

34, زنقة إيت باها (زنقة فردينا دي ليسيس سابقا) شارع بوردو - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 87 08

SUR Bd. BORDEAUX - Email : oudghirijed@hotmail.com

34, Rue AIT BAHA (Ex. Ferdinand de Lesseps) Casablanca - Tél.: 05 22 27 87 08