

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 003061

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

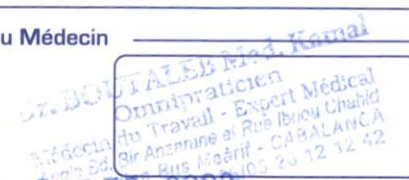
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Mou3 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUAGAF ZAKIA
 Date de naissance : 18.10.1974
 Adresse : 73 ABOU ISHAQ EL DAROUNI IPT 3
ET 64 MAARIF CASABLANCA
 Tél. : 0697371908 Total des frais engagés : 416,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11.8.2023
 Nom et prénom du malade : BOUAGAF Zakia Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Verhys + pelliculose + asthme
 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 : CASABLANCA Le : 96.02.2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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
18 DEC 2023	C		200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/12/23

2160

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

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 :

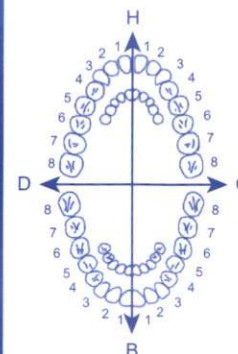
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد كمال بوطالب

الطب العام

خير لدى المحاكم

إختصاصى في طب الشغل

معتمد لإنجاز شواهد رخص السياقة

زاوية شارع بیرانزران و زنقة ابن شهید

أمام حافلات النقل (طاك) - المعاريف - الطابق 2

الهاتف : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

الدار البيضاء

18/12/2023

9 - Bvart Gaf Zakis

11 Lg Nov 20

S.V.

y Vre done

1811

1 (5)

1950x6

7-115

11/5 - 13/5

Omnipratien

Médecin du Travail - Expert Médical

Angle Bd. Bir Anzerang et Rue Ibnou Chahid

Face M'quina B/s Mañril - CABALANCA

Tel: 05 22 23 85 26/05 20 12 12 42

Kamal
Médical
Chahid
LANCA
12.42

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. DABOUN
190, rue Abdel Hamid Al Maroumi Meahiti
CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 77


Uvédose
100000 U.I.
CHOLÉCALCIFÉROL
(VITAMINE D3)

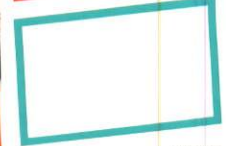


LOT L037
EXP 28-02-2026
PC 03400933222185
SN 51223413427773



Maphiar N° 6, Ol.
Bd Alkima, Casablanca
Sidi Bernoussi
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V. : 19.50 DH
5118001 185030

1.  3)
Solution buvable en ampoule



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II
Uniquement sur ordonnance

Uvédose
100000 U.I.
CHOLÉCALCIFÉROL
(VITAMINE D3)

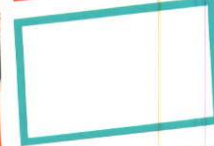


LOT L037
EXP 28-02-2026
PC 03400933222185
SN 51223413427773



Maphiar N° 6, Ol.
Bd Alkima, Casablanca
Sidi Bernoussi
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V. : 19.50 DH
5118001 185030

1. 3)
Solution buvable en ampoule



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II
Uniquement sur ordonnance

Uvédose
100000 U.I.
CHOLÉCALCIFÉROL
(VITAMINE D3)

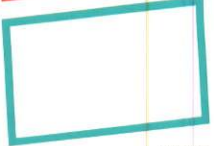


LOT L037
EXP 28-02-2026
PC 03400933222185
SN 51223413427773



Maphiar N° 6, Ol.
Bd Alkima, Casablanca
Sidi Bernoussi
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V. : 19.50 DH
5118001 185030

1. 3)
Solution buvable en ampoule



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II
Uniquement sur ordonnance

Uvédose
100000 U.I.
CHOLÉCALCIFÉROL
(VITAMINE D3)

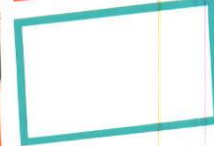


LOT L037
EXP 28-02-2026
PC 03400933222185
SN 51223413427773



Maphiar N° 6, Ol.
Bd Alkima, Casablanca
Sidi Bernoussi
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V. : 19.50 DH
5118001 185030

1. 3)
Solution buvable en ampoule



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II
Uniquement sur ordonnance

Uvédose
100000 U.I.
CHOLÉCALCIFÉROL
(VITAMINE D3)

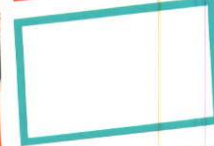


LOT L037
EXP 28-02-2026
PC 03400933222185
SN 51223413427773



Maphiar N° 6, Ol.
Bd Alkima, Casablanca
Sidi Bernoussi
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V. : 19.50 DH
5118001 185030

Solution buvable en ampoule
c
3)
1.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II
Uniquement sur ordonnance