

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le **coût** réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le **coût** 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, **extraactions** 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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0049428

197161
☒ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6682 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Alaoui Chams Nezhia
 Date de naissance : 24.07.52
 Adresse : Bd Ibnou Sinaa Tnn N° 4
Hou Salam
 Tél. : 066119871 Total des frais engagés : 224,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2024
 Nom et prénom du malade : ALAOUI NEZHIA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sain
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1702 MAR 2024

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 : Casa Le : 21/02/24
 Signature de l'adhérent(e) : Alaoui

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date PHARMACIE CHIRURGE D. HELZY NICHAM Montant de la Facture

21/02/24

324,50 Berrech

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 canalaies, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

10mls c.s D12



COEFFICIENT DES TRAVAUX

D12

MONTANTS DES SOINS

600mls

DEBUT D'EXECUTION

21/02/24

FIN D'EXECUTION

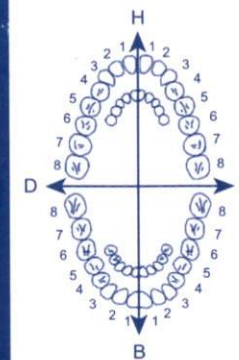
21/02/24

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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



- Réhabilitation dentaire esthétique * Laser dentaire et blanchiment
- Facettes esthétiques * Implantologie * Orthodontie-invisalign
- Parodontologie * Chirurgie buccale * Prothèses dentaires

Casablanca le, 21/02/2024

Nom : Mme ALAMI NEZHA

95,30 x 2
Birodogyl cp

1cp/3/jour pdt 8 jours (2boites)

Cotipred 20 mg cp

3cp tout les matins pdt 3j

68,50
Kin gingival (bain de bouche)

3 fois / jour pdt 8 jours

13,40
Doliprane 1 g cp

2cp/jour

33,90
Profenid 50 mg cp

1cp/3/j pdt 5 j

Andalous III, Jasmine 4, app 13. 3 ème étage, Bouskoura - Casablanca

Tél : 05.22.02.73 90

Mobile: 07.72.63.34.10

Email : centredentairebennani@yahoo.com

0664194871

0664194871





Profenid® 50 mg
24 Gélules




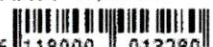
6 118000 061052

LOT : 23E007
PER: 03/2026

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BIRODOGYL CP B16
P.P.V : 95,30 DH



6 118000 013280

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BIRODOGYL CP B16
P.P.V : 95,30 DH



6 118000 013280