

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



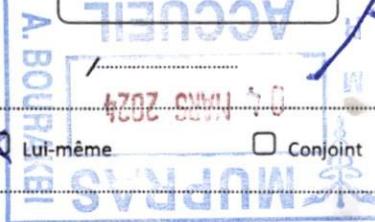
Déclaration de Maladie

N° W21-812869

197499

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0836	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAMALEDDINE DOLADES			
Date de naissance : 06.01.1943			
Adresse : 49 RUE MY 23 DRISS EL AZHAR - BERDOUD			
Tél. :	06 41 44 46 65	Total des frais engagés : 211,40 Dh	

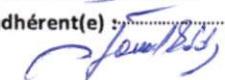
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et 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 : BERDOUD

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 21.01.1993

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. KADIRI ALI 2000</i> Dr. Mohamed Ali (Président de la Chambre des Pharmaciens de Tunisie) Tél : 05 22 53 36 09 / 05 22 56 62 50 Bab El Jazira - 1000	21-12-23	110.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
35533411	11433553
B	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

D

G

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid

رودموول®
Xolamol

ot: AF 0103
Fab: 06 23
Exp: 06 25
P.P.V : 110 DH 70

رولامول®
Xolamol

Lot: AE 0063
Fab: 05 23
Exp: 05 25
P.P.V : 110 DH 70

Facture N° 20240209-814

Date de vente : 10/01/2024

Médecin traitant :

JAMALEDDINE MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
XOLAMOL CL 5ML COLLYRE	1	110,70	TVA (7.00%)	110,70

Total HT	103,46 DHS
TVA	7,24 DHS
Total	110,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent dix DHS et soixante-dix centimes

PHARMACIE 2000
D.L. KADIRI LALLA ZINEB
22, Bd. Mohamed V près de la Mosqué OHOUD
Berrechid
Tel : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50
Instagram : Pharmacie2000



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

valable 3 mois

Le 7.12.2024

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr Portel (DR)

Certifie que Mlle, Mme, M. : Jeanne Mme

Présente in presence

Nécessitant un traitement d'une durée de : _____

algunas
de ~~de~~ Colonia -

Dont ci-joint ordonnance : extrait

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *AMAL EDDINE Doud*

Matricule : 0836

N° CIN : W16543

Adresse : *49 RUE MY IDRISS EL AZHAR - BEERFOU*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Docteur A. BRITEL* Spécialité : *Ophtalmologiste*

N° ICE : *091039198* N° INPE : *091039198*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Janeleddine Mmine*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTD + OCT

Dont ci-joint ordonnance :

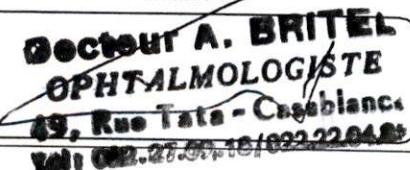
Traitements prescrits :

Xolamid

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *022* le *4/08/23*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20240209-973

Date de vente : 21/12/2023

Médecin traitant :

JAMALEDDINE MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
XOLAMOL CL 5ML COLLYRE	1	110,70	TVA (7.00%)	110,70

Total HT	103,46 DHS
TVA	7,24 DHS
Total	110,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent dix DHS et soixante-dix centimes

PHARMACIE 2000
Dr. KADIRI LALLA ZINEB
22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée OHOUD)
Berrechid
Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 45 60 50
Instagram : Pharmacie_2000