

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

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- 052034

ND: 30241

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2729 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Le :/...../.....

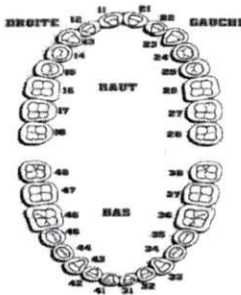
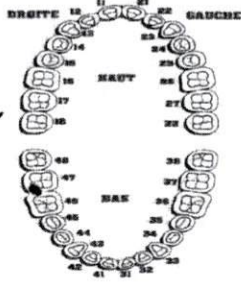
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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									
				Montant des soins									
				Début d'exécution									
				Fin d'exécution									
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H												
	25533412	21433552											
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de											

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-366805

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

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

W18-366805

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

2729

Nom & Prénom

JIKER Abdelatif

Fonction :

retraité

Phones

Mail

0693414820

MEDECIN

Prénom du patient

NASSRI MAJAL

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

1956

Date

18/06/2020

Nature de la maladie

Douleur de type

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

12

200M

PHARMACIE

Date

18/06/20

Montant de la facture

2768,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Dr. Khalid BERTAL - FILALI

**Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
Nutrition & Maladies Métaboliques**

Ancien Médecin du CHU de Marrakech

Ancien Médecin du CHU de Dijon

Ancien Médecin à l'Hôpital Hassan I Tiznit



الدكتور خالد برطال فلاحي

أخصائي في أمراض السكري

أمراض الغدد الهرمونية و التغذية

طبيب سابق بمستشفى الجامعي بمراكش

طبيب سابق بمستشفى الجامعي بنيجون

طبيب سابق بمستشفى الحسن الأول بتيزنيت

El Jadida, le :

18/10/2020

NAS RI NAGAT

111,00 x 24

(H) Homolog 5000

280 x 250 mg

20 x 20 mg

17.50

(C) ADO 5000

1 - 00 - 00

Chambre de
03015

(R) Mangold new

01 am x 2 hr

87.30

(C) Dermof & poche

01 am x 2 hr

2768.80

Dr. Khalid BERTAL - FILALI
Spécialiste En Endocrinologie
& Maladies Métaboliques (Diabétologie)

إقامة نجمة الجنوب 1 عمارة ب الطابق 1 - الشقة 4 (أمام فايزر) الجديدة

Résidence Najmat Al Janoub 1, Imm B, 1er étage N°4 (enface Pfizer) EL Jadida

Tél.: 05 23 37 00 47 - Mobile : 07 67 26 42 52

87,00

LOT : 10008
PER : 12/22
PPV : 87DH00

LOT : 5848
UT AV : 10-22
P.P.V : 17 DH 50

LOT D154180C.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.5
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180C.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.2
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.7
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194E.7
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.2
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D154180C.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D015194H.3
UT AV 11 2021
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.4
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.5
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.4
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047131J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH



PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 001037

El Jadida, le 18/06/2

Mr. M^{rs} NASRI NAJAT Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
24	Humalog 50	111,00	2664,00
La présente facture est établie la somme de : Deux mille Six Cent Sixante quatre Dhs et 00 centimes			
Molasse Chénisse			

Signature et Cachet

Le 18/06/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Khalid BERTAL-FILALI
Spécialiste de Pédiatrie
& Maladies Métaboliques (Diabétologie)

Certifie que Mlle, Mme, M : NASRI - NAJAR

Présente

un Diabète de type 2

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Hu-mo-log 50

28 ans ou plus

+ ADO 500mg

20 à 25 ans

1 - 20 - 01

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18