

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

N° W19-559247

ND: 35883

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2967 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BORDJAR ZAHARA ELZAHIR

Date de naissance : S.d. Maalof 3 Rue 50 N° 100 CASA

Adresse :

Tél. : 063184452 Total des frais engagés : 1053,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/05/2020

Nom et prénom du malade : ZAHARA ZAHARA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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) :

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
				INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6, 5, 20	1053,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

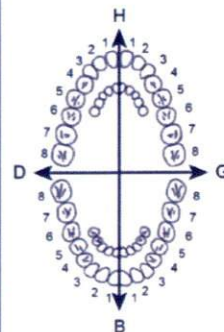
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

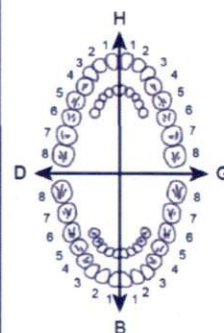
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

DR. AMAL ZARHLOULE

OMNIPRATICIENNE
D.I.U. EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE
LASERS MÉDICAUX À VISÉE ESTHÉTIQUE
NUTRITION ET MICRO-NUTRITION, DIABÉTOLOGIE
ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE



الدكتورة آمال زخلول

الطب العام
دبلوم جامعي في أمراض الجلد التداخلية
الليزر الطبي من أجل التجميل والتقنيات الموازية
من أجل التجميل.
التغذية والتغذية الدقيقة
أمراض السكري و الفحص بالصدى

Casablanca, le :

06/05/2020

Zouhair Zouhar

2x 60.00

1) Glance Zougar

2x 17.10 1cp - 0 - 0 / T

2) Netfance Zougar

2x 32.70 0 - 1cp - 1cp / T

3) Kudefic 758

2x 24.60 1cp / T

4) Amalgam 5/10

1cp / T

747.48) Roset Zougar

1cp / T



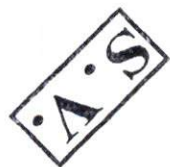
200



200



200



200



200

شارع موديبو كيتا، سيدي معروف 3، زنقة 13، رقم 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار البيضاء

Bd. Modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1^{er} étage, App.N°1, CASABLANCA

Tél. : 05 22 82 46 33 : الهاتف

Email : amalzarh2002@gmail.com : البريد الالكتروني

6) Zylmiz - das ng cp

1 cp/7

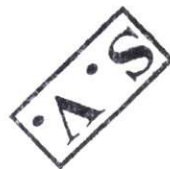
7) oaks gel

2x99,00 1st/7

653,00

2 Nos

2m



Dr. ZARHLOULE Amal
Laboratoire - Nutritionniste
Micronutritionniste
Tel : 06 22 82 46 33

Dr. H. ZARHLOULE
Hay El Masjed rue 48 N° 11
Tel : 06 22 28 02 26

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés
PPV: 246DH00



PAAC0067

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

LOT : 8MAC 367
PER : 11 2021
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E004
PER : 12 2022
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 19E003
PER : 04 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 19E005
PER : 04 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

60,00
FFV 60DH00
PER 12/20
LOT 42782



PPV : 60DH00
PER : 04/18
LOT : F718-1



PPV : 147D440
PER : 11/21
LOT : I2658