

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-536407

ND: 39922 CR

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8956 Société : Rom

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MOUSTADRAF MOHAMMED

Nom & Prénom : MOUSTADRAF MOHAMMED

Date de naissance : 17/06/67

Adresse : _____

Tél. : 0662103290 Total des frais engagés : 241 + 120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél : 05 22 91 56 77 - CASA - 20220

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : Mohamed Moustadraf Age : 53

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

Nature de la maladie : Erysipèle

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

MUPRAS
ACCUEIL
14 SEP 2020

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
31/08/20	Ortho		100,00	Dr. LAFAYE MEDECIN ECHOGRAPHIE 241, Bd. Oued Tansift - El 3068 Tél. 02 37 41 44 77 - FAX 02 37 41 44 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/20	702,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

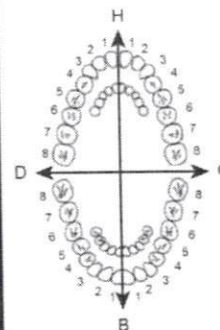
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

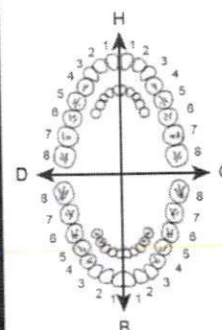
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg



الدكتورة لطيفة أبوجيدة

الطب العام

الفحص بالايكوغرافيا

خريجة جامعة مونبلييه (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابقا

حائزة على دبلوم أمراض النساء

جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le 31/08/20

Dr. Mostadraf Mohamed.

~~267,00/7 + 195,52 3/5~~

Linbox 400 = 1 cp / jour 2lt.

AS, box 2

Doliprane 500 = 1 cp x 31 2lt.

138,00

Atypum 800 cp 2 1cp x 31

315,00

Perap

39,70

Fulic

DR. LATIFA ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél.: 05.22.91.56.77 - CAS 20200

1 cp x 2
Total
402,40

ساسين 400 ملغ

LOT: M0280
PER: 09/2021
PPV: 196,50 DH

ن 400 ملغ

LOT: M0339
PER: 02/2022
PPV: 267,00 DH

15,30

PPV 15 DH 30
PER 12/22
LOT 12889-2

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

15,30

PPV 15 DH 30
PER 12/22
LOT 12889-2

31,60

PPV: 138,30 DH
LOT: 612759
PER: 10/21