

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.

éducation :

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 057975

Maladie

390

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390 Société : 13698

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LOUIZZEH FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0621 15 78 02

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 : 12/10/2022

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	
GAUCHE			
HAUT			
BAS	48 47 46 45 44 43 42 41	38 37 36 35 34 33 32 31	

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire
	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553
	(Création, Remont, adjonction)
	Forctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse

10. *What is the name of the author of the book?*

VIOLET ADHERENT **NOM:** _____

DECLARATION N° W17-123515

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

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

W17-123515

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mme
Nom & Prénom	
Fonction :	Phones.....
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient	<i>Fatima</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <i>21/09/2020</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Gastrite - Pharyngite - Tymose.</i>				

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	C ₁	150DH

PHARMACIE	Date	21/09/2022
Montant de la facture		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Fatiha EL KAÏCHI

Médecine générale

N° 1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

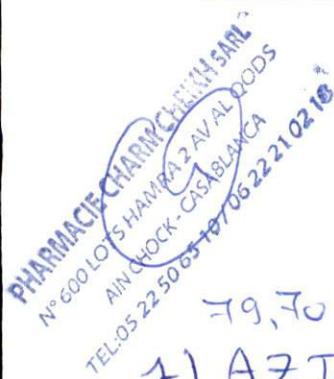
الدكتورة فتيحة القيشي

الطب العام

رقم 1، عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحي)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90



بسم الله الرحمن الرحيم

Casablanca, le : ٢١/٠٩/٢٠٢٠

H = NAZIH F

PPV: 79DH 70
PER: 12/12
LOT: I2771

1) AZIX 500 mg

14,00 ٢ قبضات بـ j après le repos x 03 j.

2) Dolipostone 1 g

PPV: 14DH 00
PER: 09/22
LOT: I1924

PHARMACIE CHARMACHEH S.A.R.L.
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL PODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 05 66, dated 07/06/2021 02/18

3) I neso 20 mg

LOT : M0329
PER : 07/2021
PPV: 139,00 DH

1 gélule ١ جلدة avant le petit déjeuner x 28 j.
49,60 x 2 = 99,20

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

4) D-Cure Forte

1 ampoule ١ جزء x 02 mois plus

36,70 ١ ampoule / 01 mois.

5) Mycoderm (crème)

LOT: 08020032
PER: 04/2025
PPU: 35,70 DH

Topique

PHARMACIE CHARMACHEH S.A.R.L.

N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL PODS

AIN CHOCK - CASABLANCA

TEL: 05 22 50 05 66, dated 07/06/2021 02/18

الدكتورة فتيحة القيشي
Docteur El Kaïchi, Fatiha
N°1, Imm.A28 Résidence Addamane
Ain chock - CASA, tél: 05 22 50 11 90