

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.

Pathologie 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.n.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0032382

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443 Société : 44439

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBACHRAH ISMAIL

Date de naissance :

Adresse : Lixasfa 2 Bloc A n° 24 Casablanca

Tél. : 0667216218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PROFESSEUR EL KABLI H
MEDECINE INTERNE
Clinique MERS SULTAN

19 JULI 2020

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : Fahim Rkia Age :

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

Nature de la maladie : Allergie, 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 : Casablanca Le : / /

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

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
08/10	C3	C3	300	PROFESSEUR EL KABLI .H MEDECINE INTERNE Clinique MERS SULTAN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE KM 9
Dr. GUADILUPE
Lissas 1 - Tel: 05 22 65 00 1
INPE : 09 20 36 78 9

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

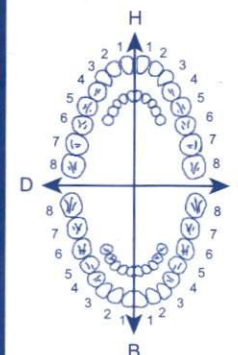
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'enseignement
supérieur
Médecine Interne

الأستاذ حسن القبلي

استاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, Le : 05/10/20

الدار البيضاء في

Mme Fahim Rbera

78,90
49,60

1) Feldene 14/j x 1m

→ 2) Plaquenil 20 24/j x 3m

3286.00

3) Alaska 1 bite

82.10 x 2

4) Mexium 20 14/j x 1m

PROFESSEUR EL KABLI.H
MEDECINE INTERNE
Clinique MERS SULTAN

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640150MP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

BEN BACH RAM

ISMAIL

N°M: 03443

Prise en Charge

Mechicement

ALASTA

LOT N°

944T2401

UT. AV

06/2024

P.P.V:

78 DH 90

78,90



6 118001 170166



Lire ! Uniquement sur ordonnance

احذر الغشوة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LASER
V0616

FF/Px20-M



6 118001 170159



Lire ! Uniquement sous
prescription médicale.

احذر الغشوة
RESPECTER
LES DOSES PRESCRITES

FF/Px10M

LOT. N° :

944T2400

UT. AV. :

06/2024

P.P.V:

49 DH 60

49,60

