

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° W19-539710

N° D: 44668 ANP

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 896 Société : AT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELRHIT ALAOUI
 Date de naissance : 02/01/43
 Adresse : 5 Rue L'OUKAIMDEN CIL Casablanca
 Tél. : 0666766113 Total des frais engagés : \$994,40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Belrhit Alaoui
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 12.10.2020

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
27 Juin 2020	Ca		300,01x	INF : 0911055699 Dr. A.F. EL KHALIDY NEUROLOGUE Résidence Les Fleurs 50 Bd Zerktouni-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KHALIDY 27, Rue Ahmed KALIMIRY Cité Plateau Lycée Al Waha Tél : 022.99.43.95	27.2.2020	696,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

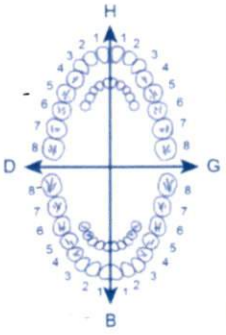
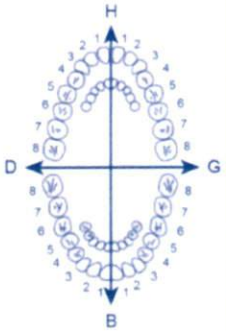
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
					MONTANTS DES SOINS																						
					DEBUT D'EXECUTION																						
					FIN D'EXECUTION																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																											
25533412	21433552																										
00000000	00000000																										
D		G																									
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
B																											
					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. EL KHALIDY A. FA
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casabl

"Résidence les Fleurs"
59. Bd. Zerktoni - CASABL

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37 }

Casablanca, le : 27 JUL. 2020



NUPENTIN® 300 mg

Boite de 90 gélules
Voie orale



6 118 001 300 044

الدكتور الخالدي اد

اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي

إبن رشد بالبيضاء


«إقامة الزهور»


59. شارع الزرقطوني - الد

الهاتف { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37 }

A. Belphite
A. Alami
A. Hamed

275, 00
99,20 x4

Nupentin 300 
1/1 + 3/1

22,60 
Tofranil 25/50
1/2 x 2/1

PHARMACIE ZYMA
27, Rue Ahmed KADMIRI
Cité Plateau Lycée Al Waha
Tél : 022.99.43.95 - Casa

694,40

tu ou y - or

Dr. A. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59, Bd. Zerktoni - Casa

Lot: PL1335A
Per: 12/2022
PPV: 22DH60

2.7

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boîte de 30 gélules
Voie orale



6 118001 300020

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boîte de 30 gélules
Voie orale



6 118001 300020

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boîte de 30 gélules
Voie orale



6 118001 300020

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boîte de 30 gélules
Voie orale



6 118001 300020