

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

- 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° W19-409878

ND: 49361

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDIL Jilali

Date de naissance :

Adresse : Lot 3 NAUR Hay Hassan

Rue 8 N° 8

Tél. : 0661845485 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hind BENABDIKH
Médecin Généraliste / Echographie, Nutrition, ECG
Laboratoire de Médecine / Permis de Conduire
Lot. Nour Hay 16 N° 19 RDC Sidi Bhabir
Lot. Nour Hay 16 N° 19 RDC Sidi Bhabir
Casablanca
Tél. 05 22 22 59 02

Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : ABDELAFFIL Amina Age: 78 ans

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

Nature de la maladie : Affection Digestive + Vertige

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 charte 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
14/11/2002	Caducité		200 Dhs	INF: 09116650

[illegible]

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

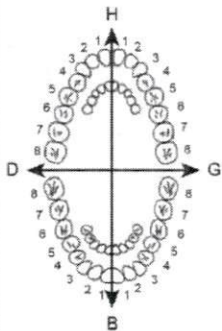
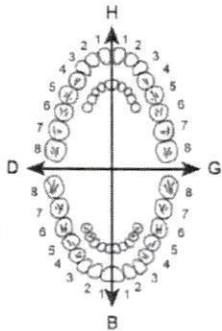
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR Hind BENCHEIKH

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale

Échographie, E.C.G., Nutrition

Médecin Agréée par le Ministère de la Santé

Visite Médicale de Permis de Conduire



الدكتورة هند بن الشيخ

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى، تخطيط القلب، التغذية

طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le : 14 / 11 / 2022 في الدار البيضاء،

Abdel AFDIL AMINA

51,00

Tangamil 4p

1/ cp.

2 cp x 3 / → 4 jours

puis 1 cp x 3 / → 2 jours

☒ Tangamil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ
30 قرص - 30 comprimés
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

11180

* 1 Agel 2 sup

Lot:
EXP:
PPV:

29,70

LOT: 191842
PER: 11-22
PPV: 11.30DH

29,00 A sup 23 / 1 hnt

* Vansel 4

LOT: 8144
UT AV: 10-21
PPV: 29 DH 00

123,60 1 y 23 / 1 hnt

- INE d i 4 cm

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair benou el ouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg
 Boite 14
 84175DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
 6 118001 020607

47,40 1 gelule / 1 hnt and polly

- Genu's m 8p



963,30 m ca 3 / 1 hnt

PHARMACIE ASMAA
Dr. Hassan EL ANASSIRI
Lot N° 16 19 RDC Sidi Khadir
Tél: 05 22 91 59 02

PHARMACIE ASMAA
Dr. Hassan EL ANASSIRI
Lot N° 16 19 RDC Sidi Khadir
Tél: 05 22 91 59 02