

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.

Diagnostique 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.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 045879

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN 50640
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KERDOUN ROHANNED
Date de naissance : 12-06-63
Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL.COM
Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 1111,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2020 11 9 DEC. 2020
Nom et prénom du malade : ABIMANE
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Grippe
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 : 08/12/2020
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
10/11	C		300	
20/11	C		600	
26/11	C		600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/11/2020		149,00
26/11/2020		662,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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

Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse
Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive
ENDOSCOPIE - ECHOGAPHRIE - PROCTOLOGIE

الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز



PHARMACIE RIZK
LALAMI PHARMACIE
5, Place El Hadj Mohamed Mekouar
AIN SEGA-A-CASABLANCA
Tél: 022.35.85.20

الدار البيضاء، في 26/11/2020

ABRACHANE Leila

1 Nodules

216,00
1. Euzol 40
1pc x 2

64,10
2. Aximycine
1pc

192,20
3. Zylar 50
1pc x 2

29,00
4. Zylar 50
1pc x 2

28,10
5. Noflex
1c

46,00
6. Euzol
1pc

87,00
7. Relaxium
1pc / nuit

AXIMYCINE 14 comprimés dispersibles
PPV 64DH10 LOT 9006714
EXP 12/2021

192,20

ZYRDOL 500 mg 20 comprimés pelliculés
PPV 29DH00 EXP 06/2023
LOT 04064 2

ZOGALENE METOPROLOL
0.1

46,00

LOT: 200332
DLUo: 10/2523
87,08DH
Ateliers Deva Pharmaceutique
QUAUDI Pharmacien Responsable

05 22 22 90 64 / 65 - الهاتف: 20 000 - الدار البيضاء
26, Av Driss Lahrouzi - Casablanca 20 000 - Tél: 05 22 22 90 64 / 65
Email: mona@pharmarizk.ma
PHARMACIE RIZK
Tél: 022.35.85.20

Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse
Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive
ENDOSCOPIE - ECHOGRAFIE - PROCTOLOGIE



الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 10 11 2020 في الدار البيضاء،

ABARCAINE lute

79,50

Insuline

UT AV: 08 22 P.V
LOT N°: 7950 79 50

39,00

Actalévure

(S.V)

Complément alimentaire n'est pas médicament
A conserver dans un endroit sec et à l'abri de la chaleur.
LOT: 180279
DLUO: 12/2021
39.00DH
Autorisation ministère de santé
n°: DA 2015 11003164 DMP/21/MAV2

30,50

Argo

LOT : 3290
UT-AV : 09-23
P.P.V : 30DH50

T = 149,00

PHARMACIE RIZK
LALAMI SALOUA
Dr. H. J. Ahmed Melouar
22 35 85 20
CASABLANCA