

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.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 061385

ND: 51421

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAJOURMI, Mohamed

Date de naissance : 21.02.49

Adresse : Meim Adelle

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL AOUDI AMINA
Rhumatologue
47, Rue Abou Soufiane Casa
Tél: 0522 49 13 80

Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : N° LAJOURMI Mohamed

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : / /

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
01/12/2010	G	G	3000	<p>Dr. EL AOUADI AMINA Rhumatologue 47, Rue Abou Soufiane Casa Tél. : 0522 49 13 80</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUMINI MOUNA 6-7 Rue d'Asserdoune Casablanca Tél. : 0522 36 24 85 / 0522 36 26 69</p>	07/12/2010	389,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

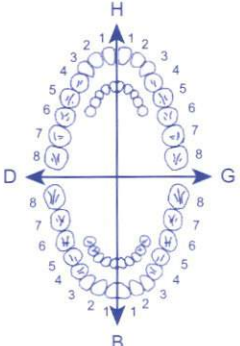
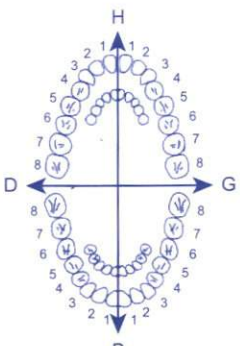
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 Amina EL AOUDI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1^{er}

47, Rue Abou Soufiane 1^{er} étage
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

اختصاصية في أمراض الروماتيزم و المفاصل
محج الحسن الأول

47، زقة أبو سفيان الطابق الأول
قرب فندق بسمه (وسط المدينة)
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 07/12/2020 في الدار البيضاء،

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI MOHAMED
16-7 Rue Ain Asserdoune
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.25.69

Mr LAJOUNE MOHAMED

naproxène

47,00 /

47,00

1) ALGIXENE 250 mg p/p

1 p/p 2 fois par jour à manger

des repas. Arrêter à l'arrêt de

douleur

52,8

2) OEBSS 20 mg p/p

1 p/p 2 fois par jour

3) SONDALUD 4

1 p/p 2 fois par jour

4) NEWFED 100 mg p/p

85,50 1 p/p 2 fois par jour

LOT 191740
EXP 07/2022
PPV 52.80 DH

ISOPHARM
NEWFLEX MARBUP
85.50 DH

Dr EL AOUDI AMINA
Rhumatologue
47, Rue Abou Soufiane Co
Tél: 0522 49 13 80

Lot:
A consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

200606
10/2023

Dr EL AOUADI
Rhumatologie
47, Rue Abou Soufiane
05.22.49.13.80

PPV
LOT
PER

28,80

PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

15 10 goutes par jour
115 20/ VITANEUR
505 g (24514)
02 gms 02 f par jour

380100
PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMNI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdoune
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69