

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 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

MLD

Déclaration de Maladie : N° P19-0021016

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 735 Société : 15117

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FASSI FIKRI Maria Date de naissance : 05/12/1948

Adresse : 52, Route d'Azemmour Res. Salsabila

Tél. : 06 61 49 8668 Total des frais engagés : 2513,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 66 14 14

Date de consultation : 17/12/2019

Nom et prénom du malade : FASSI FIKRI MARIA Age :

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

Nature de la maladie : DIABETE + NUTRITION

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 : CAS

Le : 03/01/2020


Signature de l'adhérent(e) :

M&F

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
17/12/19	c3		300 dm	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/19	2243,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

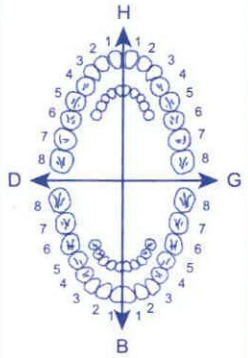
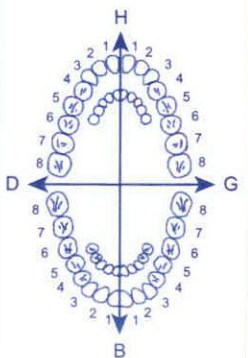
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 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

Pharmacie du C.I.L.
BENBRAHIM

ESOMYK® 150 mg 4 gélules

PPV 50DH00

EXP 11/2021
LOT 86033 1

صيدلية
بنبراه

ESOMYK® 150 mg 4 gélules

PPV 50DH00

EXP 11/2021
LOT 86033 1

4 gélules
EXP 11/2021
LOT 86033 1

LOT: M0103
EXP: OCT 2021
PPV: 85,30 DH
EXP: OCT 2021
PPV: 85,30 DH
EXP: OCT 2021
PPV: 85,30 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V.: 744,00 DH

2107036 ص.و.ض.ح.

30/12/2019

FACTURE

004941

ICAM® 5mg

Bouteille de 28 Comprimés
PPV: 90DH50



6 118000 071679

DESIGNATION

Prix U

TOTAL

03	Escumyl 150 / 4	50,00	150,00
02	Ofi Ken. 200/16	170,00	340,00
01	Scalor 50/10	80,50	80,50
01	Sanofi Salbutamol 8	744,00	744,00
01	Stavudine 60/60	78,70	78,70
04	Glucosyl 100/20	85,30	341,20
01	Co ampuvel 300/6	147,00	147,00
01	Atacuril 75	22,40	22,40
02	Accu Check Band	135,00	270,00

2.213,60

107



Made in

Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM Touria
100 Boulevard Ibn Sina
20200 36 48 68 - Casa

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 10/2021
LOT 98004 4

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-approval 300mg/25mg
b28cp
P.P.V.: 177,00 DH



6 118001 081554

ACCU-CHEK®
Active
25 Test strips
07124155

PPV: 135,00 DH

78,70

Pharmacie C.I.L.

BENBRAHIM TOURS

ICE: 00166045000035

004941

DESIGNATION	Quantité	TOTAL
-------------	----------	-------

LOT 191475 1
EXP 06 21
PPV 170.00 DH

LOT 191610
EXP 06 21
PPV 170.00 DH

Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM TOURS
100, Boulevard du 5 Mars - Casablanca
Tél: 05 22 28 10 88 - 28 20 20