

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

Déclaration de Maladie

N°D: N° P19- 0041530

☒ Maladie

☐ Dentaire

15567

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1067 Société : retraite Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ADARI LARBI
Date de naissance : 01.01.1944
Adresse : 18, Résidence ENNAIM 2 - Oulad Tayeb
Ain chock CASABLANCA
Tél. 06.10.20.55.14 Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2020
Nom et prénom du malade : M. FETROUMI BEACH
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : wheeler + PGO

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 : 03/01/2020
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
08/01/2008		1	110811	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHOUR 101, Bd El Qods - Mt Mandarona Rue 14, Inara - Mok - Casa Tél : 05 22 87 27 74	10/11/2008	686.12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

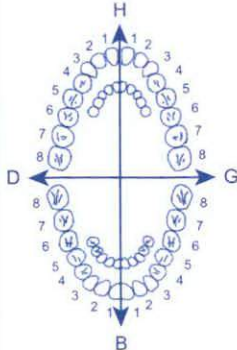
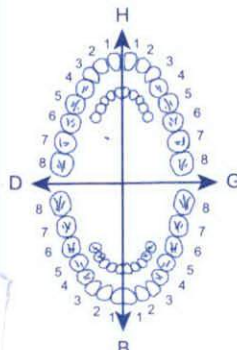
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>														
				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 <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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie

Nutrition - Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale - ECG

الدكتور أمل بوصوف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)

التغذية - تخطيط القلب - الحمية (ريجيم)

طب النساء

ORDONNANCE

Casablanca, le 03/01/2020 في الدار البيضاء،

M^{lle} FETTOUMA BERKACH

22.20

cochloripiane

200 mg

PPV: 138,30 DH
LOT: 593951
PER: 09/20

200 mg

PPV: 138,30 DH
LOT: 593952
PER: 09/20

200 mg

138,30 x 2
LOT: 067-2
PER: SEP 2020
PPV: 61 DH 80

61,80 x 2

LOT: 063-1
PER: AVR 2020
PPV: 61 DH 80

806. شارع القدس - الطابق الأول الشقة 2 - حي منظرنا - الدار البيضاء - الهاتف : 4

Etage Appt 2 - Hay Mandarouna - Ain Chok - Casablanca - Tél. : 05 22 87 27 74

PHARMACIE ACHIR
Rue 101, 101 God's Lor Mandarouna
Ain Chok Casablanca

RPV: 95DH50
PER: 04/21
LOT: H1799-3

95,50

19,40

19,40

19,40x5

19,40

LOT: 101
PER: SEP 2021
PPV: 32 DH 50

LOT: 552
PER: JUN 2021
PPV: 32 DH 50

de plaie
BOTTU SA
PPV: 45 DH 00

115,00

Amige

topp

686.00

300, Bd. El Qods Appr. 1 Ain Chok
Casablanca Tél: 05 22 87 27 74

PHARMACIE ACHIR
101, Bd El Qods Lot Mandarona
Rue 14 Ain Chok Casablanca
Tél: 05 22 87 27 74

Dr. Amal BOUSSOIF
Médecine Générale
Echographie - Nutrition
806, Bd. El Qods Appr. 1 Ain Chok
Casablanca Tél: 05 22 87 27 74