

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

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° W19-487549

Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Benhadouh Lahcen
 Date de naissance : 5/01/1943
 Adresse : 27, Rue Youssef N° 5 Agdal
 Tél. : 0671701392 Total des frais engagés : 304,00 dh Dhs
0537775224

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Benhadouh Ghizlane Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer
 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 : RABAT 24/12/2019 Le : 24/12/2019

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
24/12/2019		C	S	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohammed
Oussema
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat
Saké - Tél/Fax : 05 37 80 71 00
INP : 102012978

304,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

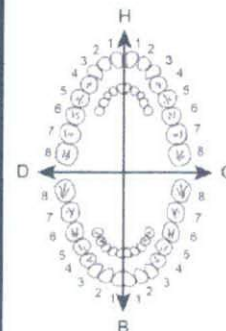
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

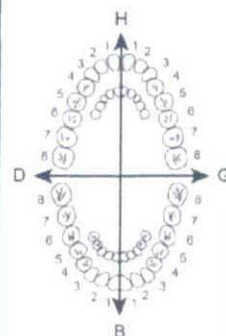
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE: 24 / 12 / 2019

Royaume du Maroc المملكة المغربية
Ministère de la santé وزارة الصحة

المركز الإستشفائي ابن سينا
Centre Hospitalier Ibn Sina

المعهد الوطني للأندولوجيا

Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohammed
Oussama
Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat
Tél/Fax: 05 37 80 71 00

PPV
34DH00

Mme Ghazuli
ép Benhabouch

AZ 500 mg
Aztromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV: 60.00 DH
6 118000 190097

34.00

1) Osmosine bitor = 1c par jour
60.00

2) AZ 500 : 1cp / J x 03 J

3) Panalgin: 1cp x 3 / J

14 x 15 = 210.00

traite + de 03 mois

= 304.00

Dr. NACIR SAGH
Diplômé de l'Institut National
de l'Ordonnance Médicale
et Oncologique - Rabat

LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 18232 1
EXP 11 2020
PPV 15.00

15,00



LOT 18232 1
EXP 11 2020
PPV 15.00

LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1
EXP 01 2021
PPV 15.00

15,00



LOT 180554 1
EXP 03 2020
PPV 15.00

15,00