

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 canaux, 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 canaux.

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

21487

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003795

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100

Société : L'Union

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BATASSA LAYACHI Date de naissance : 01.01.1945

Adresse : LALLA MERIEM Bloc 8 N°16 CASA

Tél. : 06.63.43.66.40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BATASSA LAYACHI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

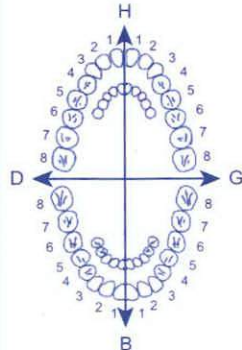
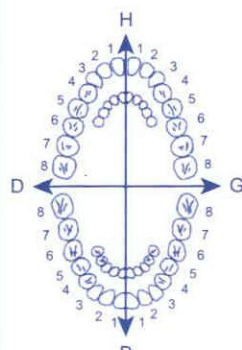
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

Dr. Mohammed Jawad OUHAMMOUCH

د. محمد جواد أوحوموش

Ex. Medecine Des FAR

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

Ex. Medecine Chef De La CS De riay Hassani Berrechid

طبيب الرئيسي للدائرة الصحية الحي الحسني برشيد سابقا

Ex. Responsable de La Commission De La Visite

الطبيب المكلف باللجنة الطبية

Pour Permis De Conduire Délégation EL FIDA

لمنح رخصة السياقة بعمالة الغداز سابقا

Medecine Generale

الطب العام

urgence : 06.20.06.75.19

Casablanca: 1.4.FEV.2020 الدار البيضاء في:

NOM: Batoua Layachi

196,50 x 2

① Sepur 500 14x14 N2

32.60

② Bonobust 200

4200

with sup.

③ Predin 40

185,00 x 5

uph

④ Saph 100 N5

4530 x 4

100 x 2h

⑤ Ventolin 200g N4

9050

700 - 20h

⑥ Xyzall 40

19900 x 2

⑦ Acromed

Dr. Med Jawad OUHAMMOUCH
Medecin Generaliste
Bloc El Inani Rue 32 N° 31
Hay Mohammadi Casablanca
Tel: 0522.63.72.77

العنوان: بلوك العناني زنقة 32 الرقم 31 - الحي المحمدي - البيضاء الهاتف : 05.22.63.72.77

Adresse: Bloc El Inani Rue 32 N° 31 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05.22.63.72.77

184780

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

32,60

Aeromax®
Budésotide

LOT:0036N006
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

Budésotide

LOT:0036N006
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

LOT 191576
EXP 06 2023
PPV 90 50

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

42,00

LOT: GB91040
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

LOT: GB91038
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

LOT: GB91038
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

LOT: GB901
PER: 11/20
PPV: 185

LOT: GB81779
PER: 10/2021
PPV: 185 DH 00

LOT : 05819005
PER : 04-2022
PPV : 196,50 DH

LOT : 05819005
PER : 04-2022
PPV : 196,50 DH