

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-502939

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8146

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAKDID SAID

Date de naissance : 28/01/1969

Adresse : RESIDENCE AL MANZAH IHN 43 N° 03
SIDI BERNOLISSI

Tél. : 06 7374 8914 Total des frais engagés : 120,00 DH + 210,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2020

Nom et prénom du malade : LAÏS HANANE

Age :

Lien de parenté : ACCUS

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : coliquette foudroyante

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 : 28/01/2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP :

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 Particien	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 canaux, 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		G	
28533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	G	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Docteur Ilham EL KANIAR

MEDECINE GENERALE

Fadila - Hay El Qods, Immt. C1 Ex. H

App. 3 Rdc - Bernoussi

Casablanca - Tél : 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكنيار

الطبيب العام - الفحص بالصدى

الفضيلة - حي القدس، عمارة C1

الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le 13/04/2020 في الدار البيضاء،

LABS 3 L3

ANALYSE

SV

54,00

1)

Durproctolin

50 gel

1 gel x 3j

75,00

1)

ALBOLINE

1/2

SV

1/2 x 3j

27,00 x 3

3)

Alivian

50 gel

1 gel x 1j

10054
(4 mois)

210,00

SV

DR. ILHAM EL KANIAR
Médecin généraliste
Fadila Immt. C1 Ex. H Hay El Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél: 05.22.73.20.65

27,00

27,00

27,00

ALIVIAIR® 50 mg
20 gélules
6 118000 230250

50 mg



ALIVIAIR® 50 mg
20 gélules
6 118000 230250

50 mg



IBERMA

ALIVIAIR® 50 mg
20 gélules
6 118000 230250

50 mg

LOT : 8MA
Pdt : 20 gélules
DUSPATALIN 200MG
GELU 20
P.V : 54DH00
6 118000 010531

Date de fabrication / Manufacturing date :
A consommer
Best before
Lot n° / Bn

CARBOLINE CP BTE 30
PPC : 75.00 DH

Ut Av : 09/2012 Lot : D338H

IP-HADERM

V005 - 07/16 - ETCALH49
ACL : 7930110

3 525720 004499