

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 canalaire, 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 canalaire.

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

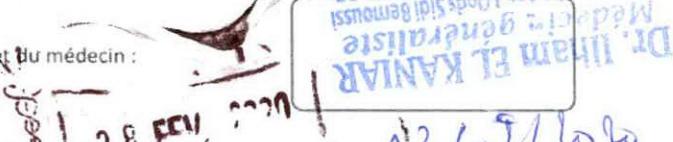
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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



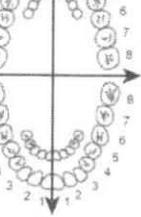
Déclaration de Maladie

N° W19-502939

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		23084	
Matricule : 8146	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAKDID SIAID			
Date de naissance : 28/01/1963			
Adresse : RESIDENCE AL MANZAH 1HM 43 N°03 SEIDI BERNOLSSI			
Tél. : 06 73 74 89 14 Total des frais engagés : 120.000 Dhs + 210,00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 28 FEV 2020			
Nom et prénom du malade : ILYAM EL KANAID HANANE			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Aîné <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : colopathie fonctionnelle			
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 : Casablanca Le : 28/02/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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 (Leave blank for general treatment)	Nature des Soins (Leave blank for general treatment)	Coefficient (Leave blank for general treatment)												
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
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, Imme. C1 Ex. H
App. 3 Rdc - Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكنيار

الطب العام - الفحص بالصدى

الفضيلة - حي القدس ، عمارة C1
الشقة 3 - الطابق السادس - البرنوصي
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le 13/04/2006 الدار البيضاء، في

1 54,00 1 1 Surpatelein 80 gel
1 27,00 1 1 Alboline 80 gel x 3f.
1 27,00 x 3 1 Alivian 80 gel 10054 (min)
1 10,00 1 1
Total 98,00

Dr. Ilham EL KANIAR
Medecine générale
Casablanca - Tel: 05 22 73 20 65
Fadila - Hay El Qods, Imme. C1 Ex. H
App. 3 Rdc - Bernoussi

AS

✓



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules

6 118000 230250

50 mg



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules

6 118000 230250

50 mg



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules

6 118000 230250

50 mg

+



DUSPATALIN 200 MG
GELU 20
P.V. : 54 DH 00

6 118000 010531

V005 - 07/16 - ETCAL1449
ACL : 7930110



Date de fabrication / Manufacturing date :
A consommer avant fin /
Best before
Lot n° / Ba
CARBOLINE CP BTE 30
P.P.C. : 75.00 DH
Ut Av : 09/2012 | Lot : D38H
IPHADERM

3 525720 004499