

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 Adm. Bld. Zoukhrab - 6ème Stade Agdal - Boulevard Mohamed Fakir et Rue Abi Ben Abdou - Quartier de l'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 41 34 / 05 22 20 41 35 - Fax : 05 22 27 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-475814

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23924**

Matricule : **0572** Société : **Rehato**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MENTRA Tayeb**

Date de naissance : **1.1.1941**

Adresse : **3 rue Lamine Hachemi Hay El Hana**

Tél. : **0661236017** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Mouad CRIQUECH**
Cardiologue
262, Bd. Yaâcob El Menzouli, Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 / 05 22 90 19 78

Date de consultation : **14/10/2016**

Nom et prénom du malade : **MENTRA TAYEB** Age : **79 ans**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **0602 SEM 01A**

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) :

M. Wetmore

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
14.2.20	C. ELV		250.014	DR: 091043372

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur

PHARMACIE ANTONDE
Leila Menjra
100, Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tél: 05 22 29 47 75

Date
24/02/20

Montant de la Facture
1815,00

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

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est né le

Import
Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V.: 196,20 DH

SOINS

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



ZOTROL 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 10/2022
LOT 98050 4

ZOTROL 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 09/2022
LOT 98050 2

ZOTROL 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 09/2022
LOT 98050 2

ZOTROL 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 09/2022
LOT 98050 2

80,00

UT. AV:

P.P.V. 23,70

LOT N°:

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al noum roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30

140/18 DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/18 DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/18 DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/18 DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/18 DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/18 DMP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH

ATACAND

DATE DE L'EXECUTION

UT. AV:

P.P.V.

LOT N°:

23,70

UT. AV:

P.P.V.

LOT N°:

23,70



Casablanca le : 14/02/2020

$165,50 \times 4 = 662,00$
1 - ATACAND 16 MG

Mr MENJRA TAYEB

$196,20 \times 4 = 784,80$
2 - CRESTOR 5mg
1 comprimé par jour le matin au reveil

$25,00 \times 5 = 125,00$
3 - ZOTROL 50mg
1 comprimé par jour le soir

$231,0 \times 3 = 693,0$
4 - LYSANXIA
1/2 comprimé 2 fois par jour

$89,70$
5 - CORDARONE
1/4 comprimé matin et soir

$218,0 \times 5 = 1090,0$
6 - ASPEGIC 100
1 comprimé par jour 1j/2

1 Sachet par jour

$1818,00$

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

PHARMACIE LA ROTONDE
Leïla Menjra
100, Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tél : 05 22 94 47 76

traitement de 3 mois

Docteur Mouad CRIQUECH
262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca
Tél : 0522 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

