

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 |

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

ND. 27788

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023794

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8909 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NABIL Mohamed Date de naissance :

Adresse : 25 Rue de Hay TISIRI BERRICHID 26106

Tél : 0660 237318 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Ases dentaire

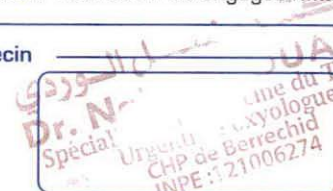
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAB 13.5 Rue Ibn Abou Madi BERRECHID - Tel: 0522 33 64 0	22/05/20	527,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

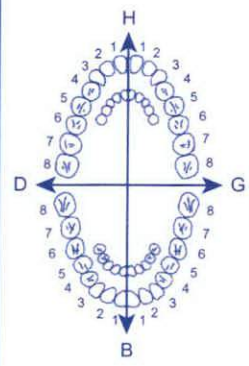
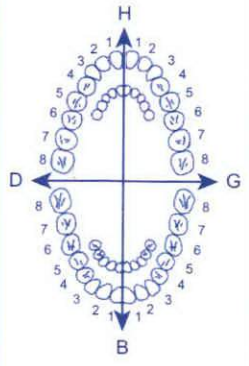
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

ROYAUME DU MAROC
 MINISTERE DE LA SANTE
 DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
 A LA REGION CASABLANCA SETTAT
 DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
 CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID, LE :

22/5/2020

Dr. Delbach

ORDONNANCE

38, 20x4

1) Indolone (S.V) 12

30, 10x2

2) Doltram (S.V) (m2)

79, 90

3) Biseptrol 12 - 37

15, 80x3

4) Doliprane 12 - 21

5) Doliprane 12 - 37 (S.V)



48,40

Corrigan



139,40

1 cas - 3/4

6 J L. Luvial



1 cas - 3/4



الطبيب
Dr. MABIEL OUARDI
Spécialiste en Anesthésie du Travail
Chirurgien O.R.L. - Otolaryngologiste
Tél: 0522 53 64 01



527,50

Pharmacie ALAFAQ
108 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -
Tél: 0522 53 64 01

INDOLAN 100 mg

PPV 38DH20

EXP 11/2022

LOT 90040 2

INDOLAN 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 06/2022

LOT 93032 1

INDOLAN 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 07/2022

LOT 93032 3

PPV 30DH00

PER 10/22

LOT 12477

30,00

PPV 30DH00

PER 12/22

LOT 12839

30,00

PPV 79DH90

PER 09/21

LOT 12032

INDOLAN 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 11/2021

LOT 96061 9

PPV 15DH80

PER 11/22

LOT 12691

S 15,80

PPV 15DH80

PER 06/22

LOT 11498

15,80

PPV 15DH80

PER 03/22

LOT 1678

S 15,80

PPC 139,00 DH

LOT 430518

EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غاسكون

CON

DVANCE

TOUT MENTHE
ET PUISSANTmac & indigestion
e extra Puissante
et Longue Durée

نكهة النعناع

الشراب.
متناول الأطفال.
درجات حرارة تقل عن 30 مئوية.
على طلي القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7D
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques d
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM No 104/14 DMP/21
PPV: 48 DH 40

BN 931882

DOM 11/2019

EXP 11/2021

3079956



Pharmacie ALAFAQ

13.5 Rue Ilija Abou Madi

- BERRECHID

Tel.: 0522 28 04 01