

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

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



Handwritten signature

Handwritten number: n°2 28517

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024275

Maladie Dentaire Optique Autres

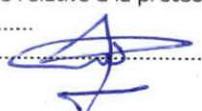
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10236 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Rhizal MAUH Date de naissance : 16/09/1987
Adresse : Salmia II Rueah imm10 App 7
Tél. : 06.61.55.08.90 Total des frais engagés : 1038 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 11/05/2020
Nom et prénom du malade : MAUH Rhizal Age : 33
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : apoplexie
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 : 30/06/2020
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
11/03/2020	Crx		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/2020	678,00

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	
	11/03/2020			6		60,00

RÉLEVÉ 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 <input type="text"/>																													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																														
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D																																
00000000	00000000																																
35533411	11433553																																
B																																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تخصصاتي في امراض الجهاز التنفسي

Spécialiste
en Pneumophysiologie

الدكتور عبد العزيز الشاذلي
DR. ABDELAZIZ CHADLI



11/03/2020

LOT : 2976
PER : 05-21
P.P.V : 116DH00

خريج كلية الطب
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا
أمراض الرئة، الحساسية، الضيق (الربو) والسيل
فحص الوضعية التنفسية- تحليل الحساسية
الفحص بالأشعة التنظير القصبي.

RAZIK FATIMA

Diplômé de la Faculté de Médecine
d'Amiens FRANCE - Ancien Interne
des Hôpitaux de France
Maladies Respiratoires, Tuberculose
Asthme, Allergie Respiratoire
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Test cutané Allergique
Radiographie Pulmonaire - Bronchoscopie

EXP 09/2022
LOT 97047 1

Airlix Cp pelliculé de 10 mg/Bte 30

1 cp par jour, le soir, pendant 3 mois

Seretide 250

1 inhalation le matin et le soir

Gentosyl 80

1 IM/ IV/ SC le matin, pendant 6 Jours

Neoclave

1 Sachet le matin et le soir, pendant 8 Jours

Muxol sol.buv.

1 cuillère à soupe, 3 fois par jour

Kopred 20 mg

1 Comprimé effervescent le matin

IPPsium

2 ou 3 Doses
Chaque Jour(s), 1 comprimé par jour, pendant
15 Jours

entamicine bas
PPV 940450

PHARMAS LOT : 6720
UT.AV : 11-22
PPV : 36DH40

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248 00 DH
6 118001 141104

Handwritten notes in blue ink:
248,00
94,00
116,00
39,00
26,40
27,80

Handwritten total: 678,00

LOT: 125
PER: SEP 2022
PPV: 91 DH 50

LOT 190679
EXP 01/2022
PPV 52.80DH

38,80