

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-601931

54830

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8928 Société : PAAH

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ACAC

Nom & Prénom : CHEPRAH

Date de naissance : 17-01-67

Adresse : 02 Rue E. Kennaoui Apt 8

Tél : 0665 11227 Total des frais engagés : 622,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/01/2021

Nom et prénom du malade : M. CHERRAD

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

Nature de la maladie : Douleur lombo

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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Samae Benabou
159, Bourgoigne El Hank
24-04-2021

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP n° : A-A-215/2019

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
11/01/21	ar	ar	15000	INP : Dr. Amal Berraa 159, Bourgogne El Hank Lahjaïma M.E.A. 24. Ca Tél: 06 50.22 - 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/01/21

472,40

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

AM

PC

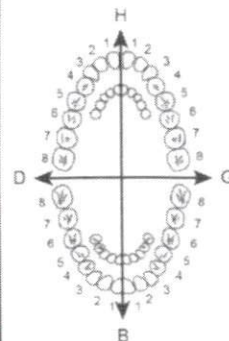
IM

IV

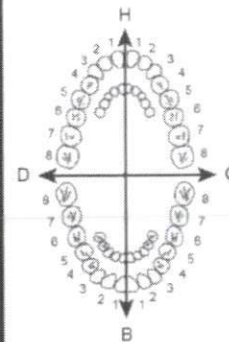
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux

Stérilité et Fertilité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء بريدة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

11/01/2021

Casablanca, Le : : الدار البيضاء في

Mme Cherradi Aafaf

LOT : 20E016
PER: 06 2023

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

53,10
RELAXOL 2

2 comprimés matin et soir, après les repas, pendant 4 jours

84,80
BRÉXIN 20

1 comprimé par jour, après les repas, pendant 7 jours

90,50
XYZALL 5MG

1 comprimé, soir

69,00
DOCI VOX

1 pastille, 3 fois par jour

122,80
ESAG 40

1 comprimé le matin, pendant 14

52,20
PROSPAN

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour, avant les repas, pendant 5 jours

LOT: 20002
PER: 01/22
PPV: 122DH80

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL
Bouchra AMAR
4, Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 26 50 22 - RC: 4
ICE: 002312695

LOT: 200330
PLUO: 10/2023
59,00 DH

PPV
52DH20

Dr. Asmae Berrada
159, Bourgogne El Hank
Lahajma HCE Art. 24 - C.A. 1
Tél: 05 22 26 50 22 - GSM: 06 61 71 86 72