

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.

Diagnostique 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

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



MUPRAS

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

54973

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013147

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

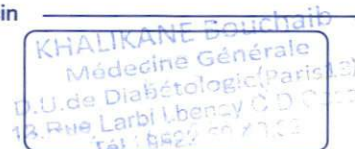
Nom & Prénom : SADEK Abdalmonem Date de naissance : 01.01.1947

Adresse : SALMIAT Rue 28 768 N° 1

Tél. : 0661933520 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : SADEK ABDELMONEM Age :

Lien de parenté : ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION PROSTATE + S-joint

En cas d'accident, préciser les causes et circonstances :

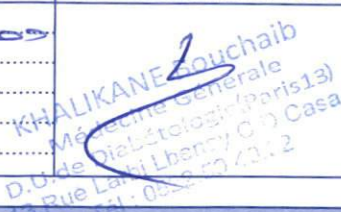
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

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) :

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
05/10/2021		1	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/2021	644,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

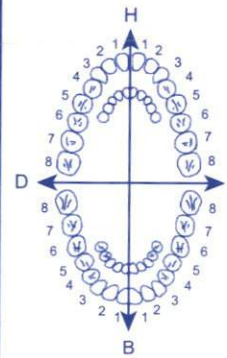
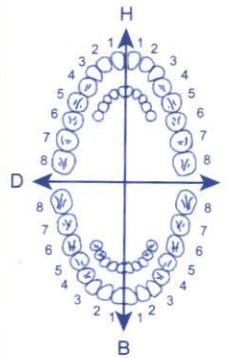
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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.KHALIKANE Bouchaib

Médecine Générale



الدكتور بوشعيب خليكان

الطب العام

- Diabétologie
- Echographie
- Spécialiste en Médecine de Travail

- داء السكري
- الفحص بالصدى
- اختصاصي في طب الشغل

Casablanca, le 05/1/2021 في الدار البيضاء.

PHARMACIE ERRAHA

TAZIDRIS

Cité Djemaa-Casablanca

Tél: 05 22 59 04 42

SADAK

ABDELKADAR

6600 AZINGINE 500

(10370x4)

43880 CONTIFLO 0,1

7950

FITOROLIS

6000 4/2000 (2000x3)

KHALIKANE Bouchaib
Médecine Générale
D.U. de Diabétologie (Paris 13)
13, Rue Larbi Lbenay C. Casablanca
Tél : 05 22 59 40 32

PHARMACIE ERRAHA

TAZIDRIS

Cité Djemaa-Casablanca

64430

13 شارع العربي البناي، قرية الجماعة - عمالة مقاطعات بن مسيك - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 59 40 32

13, Rue Larbi Lbenay, Cité Djemaa - Préf. des Arrondissements de Ben M'sik - Casablanca - Tél.: 05 22 59 40 32

66,00



CONTIFLO[®] 0.4

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO[®] 0.4

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO[®] 0.4

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO[®] 0.4

PPV: 109DH70

PPV:20DH00
PER:12/22
LOT:J2945

PPV:20DH00
PER:03/23
LOT:J893

PPV:20DH00
PER:06/23
LOT:J1659



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot:

A consommer
de préférence avant le:

PPC: 79,50 DH

200204
02-2023