

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 045332

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~157008~~ 0541

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIRAR Mustapha

Date de naissance : 22-03-46

Adresse : Res. Bab Rayer Im I Apt I 02 Route d'Azemmour
Dar Bouazza

Tél. : 06 33 19 57 27

Total des frais engagés : 428,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeladim M'HAIDRA
Diabétologie - Nutrition - Echographie
Spécialiste en Médecine
du Travail de la Faculté de Rennes
91 Village Pilote de Dar Bouazza
Tél : 05 22 29 00 09 / GSM : 06 61 37 87 89

Date de consultation : 04 JAN 2021

Nom et prénom du malade : M. DIRAR Mustapha Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète polynucléaire

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
04 JAN 2021	✓, ^	200		Dr. Abdelkrim M'HALLALI Dentiste - Chirurgien Dentiste en Magasin N° 1111111111 - 06 61 31 87 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUJAZZA ZAHEDJ Dar Bouazza 0522 29 01 74 - Dar Bouazza	04/01/21	295.80

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
		A M	P C	I M	I V	

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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. M'HAIDRA Abdeladim

Diabétologie - Nutrition
Echographie

Diplômé de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE
HOMEOPATHIE - OMNIPRATICIEN

Spécialiste en Médecine
du travail de la Faculté de RENNES

Diplômé d'expertise
et de réparation juridique et corporelle
de la faculté de médecine de casablanca

Ancien Médecin à l'Hôpital
Provincial de Laâyoune

91, Village Pilote de Dar Bouazza
Tél.: 05 22 29 00 09 - GSM : 06 61 31 87 85

الدكتور عبد العظيم امهيدرة

أمراض السكري والتغذية - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبولي فرنسا
دبلومي في الفحص بالصدى
العلاج المثلي

اختصاصي في طب الشغل
من كلية الطب برانس

دبلوم في الخبرة

والتعويض الجسدي من كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابقا بالمستشفى الإقليمي بالعيون

91، قرية النموذجية بدار بوعزة

الهاتف: 05 22 29 00 09 - المتنقل: 06 61 31 87 85

Dar Bouazza, le 04 JAN 2021

M Dikak Mustapha



103.70 - CONTI Flouly

7.00



82.10

ESAC 20

- -

34.00

05 mosinest



225.80

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI
Dar Bouazza Oued Jerrar BP 93
Tél.: 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

Dr. Abdeladim M'HAIDRA
Diabétologie - Nutrition - Echographie
Spécialiste en Médecine
du Travail de la Faculté de Rennes
91 Village Pilote de Dar Bouazza
Tél.: 05 22 29 00 09 - GSM: 06 61 31 87 85

CONTIFLO® D

PPV: 10SDH70

30 Gélules
à libération prolongée

Chaque unité

0,4 mg



PPV
34DH00

82,10

LOT 20002
PER 10/21
PPV 82DH10

