

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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
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° P19-0035487

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 352

Société : (55 992)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LARAJ MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : N°60 LOT LINA SIOIMARROUE CAS

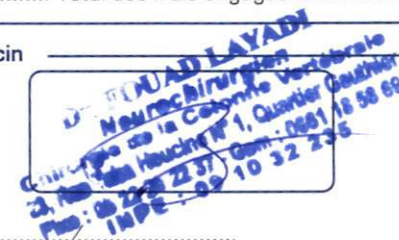
Tél. : 0662 0652 03

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 : st dentaire, ar

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) :

(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
04/10/20				

DR. GUADALUPE
 Neurologue
 21 rue Hauchard N° 1, 33000 Bordeaux
 Tél : 05 57 22 22 57 - Fax : 05 57 22 22 58
 1992 : 05 57 22 22 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/20	3578,90

PHARMACIE AMBIA
 14 rue de la République
 33000 Bordeaux
 Tél : 05 57 22 22 58

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

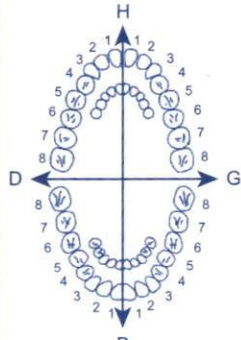
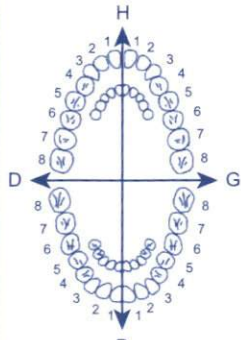
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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																
	[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

Dr. Fouad LAYADI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie (EEG)

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ و الأعصاب

جراحة العمود الفقري ، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

PHARMACIE AHMIDA

Rue 1100 Complexe Commercial

Sidi Maarouf - Casablanca

Tél: 0522 33 55 87 - 06 83 30 93 14

ICE: 000483700000083

Casablanca, le 24/10/20

الدار البيضاء، في

Looroy Mohamed

15

5730x3

- nojma 8

9400x2

15

+ mydoflex p

666.00x3

15

+ Kaporoo

11x11

15

Hammal go

Dr. Fouad LAYADI
Neurochirurgien
Rue 1100, Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 83 30 93 14
ICE: 000483700000083

23, Rue Taha Houcine N°1 Quarter Gautier - Casablanca

Fixe: 05 22 20 22 37 - Urgence: 06 61 18 58 69 - E-mail: flayadi2000@gmail.com

3578190

PER: 01 2024

LOT : 9MA013V

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

PER: 09 2023

LOT : 8MA013V

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

PER: 09 2023

LOT : 8MA013V

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 666.00 DH



6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 666.00 DH



6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 666.00 DH



6 118001 142606

LOT D076785G.1
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785G.1
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785G.1
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.4
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051997E.5
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785C.1
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785G.1
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.4
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051997E.5
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051997E.5
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D051996K.4
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH