

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

éclamation : contact@mupras.com
rise 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 personnelles.

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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008744

58636

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00294 Société : R.P.M

Actif Pensionné(e) Autre : Rehault

Nom & Prénom : B.NABIL, S.AIT YAHIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

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 : / /

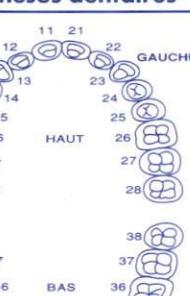
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient							
				Coefficient des travaux <input type="text"/>						
				Montant des soins <input type="text"/>						
				Début d'execution <input type="text"/>						
				Fin d'execution <input type="text"/>						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>						
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> D </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> G 00000000 11433553 </td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montant des soins <input type="text"/>
D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000								
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553								
				Date du devis <input type="text"/>						
				Fin d'execution <input type="text"/>						
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution								

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0063213		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du Royat Al Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P17 / 0063213

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme eadgyc	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BAR DIDIA Fatna		Fonction Relectrice	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient BAR DIDIA FATNA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie Rupture de poitrine		Date 23/12/2020 Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes ACS	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 350,00 DH DR. BENKIRANE	
PHARMACIE	Date 23/12/2020		
Montant de la facture 580,70			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse

- Thérapie par onde de choc

- Thérapie par PRP

PHARMACIE SOUFIANE

Groupo K, Rue 54 N° 23/25

EL Oufia - Casablanca

Tel. : 05 22 29 09 63

I.C.E : 000500246000026

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل والعضلات

- التداوي بالدم

117.30 *l'ap de la 10* Casablanca, Le : 23/11/2008

X leg/18

53.10 R. had

30.00 *l'ap main*

0 myontalgie C poralysé

32.80 l'ap au coude

0 peridys

198.00 l'ap 15mn art le myontalgie

0 Nociceptif

149.50 l'ap 24/18

0 euro chif fat

~~580.30 l'ap 24/18~~

M. Bakrid Fatma

(7j)

(7j)

(7j)

(7j)

(7j)

(7j)

102، شارع أم الريبع، إقامة سلمي، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : hbenkirane@yahoo.fr



DR. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél.: 05 22 29 09 63



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

→ 32,80

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 07/2022
LOT 9N032 2

PPC : 149,50 DH

curarti forte®
comprimé

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

395284
11/2022

PUC : 198.00DH

LOT



092
2023-08

REV. : 2019/10/A



3 401020 354451 >

Lot. 1200000 P.P.V.
Exp. 07/22 117 30

→ 117,30

PHARMACIE SQUEIANE

Groupe K, Rue 15, N° 23/25

EL Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026