

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 054245

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

60555 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZEMMAT MOHAMED
Date de naissance : 08/04/1958
Adresse : Res ANAS ILLOS IMM.23 E EL JADIDA
Tél. : 0619015747 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ZEMMAT Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gonalgie gauche
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 : 15 / 02 / 2021


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
02/02/2024		1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-2-24	529,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

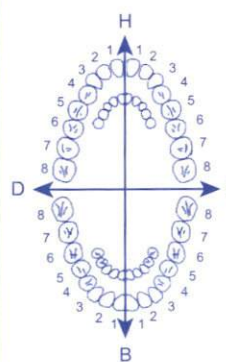
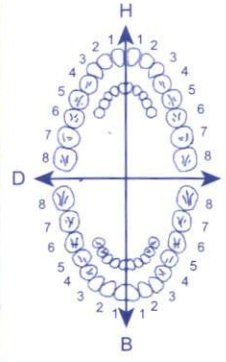
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																
	[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

Docteur Moussa ROUAI
MEDECIN

Spécialiste en Chirurgie

Traumatologique et orthopedique

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble

AUT N° 13751

02/02/2021

الدكتور موسى رواجي

طبيب

وجراح اختصاصي في انشقاق

وأعراض العضام والمفاصل

خريج كلية بكرونيل

AUT N° 13751

Casablanca, le في الدار البيضاء.

ZEMMAT MOHAMED

2x 54,10
1/PROFENID INJ N2

UNE IM) PAR JOUR DURANT 12 JOURS

2x 51,00
2/ COLTRAX INJE N 2

UNE IM JOUR DURANT 12 JOURS

1 ET 2 A. MELANLGER DANS LA MEME SERINGUE

2x 2,00
3/ 12 seringues jetable S 5 CC N 14

2x 99,00
2x 17,70
3/ INESO 40 UN GELULE PAR J 28JRS

4/ EFFERALGAN CP 500 EFFERVESCENT VIT C

2x 29,80
UN CPX2 PAR JUS QU A LA FIN DE ? LA BOITE

5/ NEW FLEX ROLL ON WARMA N1

UNE APPL LE SOIR SUR LE 2 GENOUX

529,70
CONTROLE LE 21/02/2021

رقم 164، بناية لأكروا، درب الكبير - الهاتف : 05.22.80.11.35 - ج س م : 06.61.16.41.64 - الدار البيضاء

164, Rue de la Croix Derb El Kabir - Tél. : C. 05.22.80.11.35 / GSM : 06.61.16.41.64 - CASABLANCA

EFFERALC

PPV 17DH70

LOT 0101

PER 03/23

PPV 54.16 DH

LOT 081819

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

gen
chen / Germany



2018

ISOPHARM
NEWELIX CHAUFFANT
79.80 DH

LOT: M0376
PER: 07/2022
PPU: 99,00DH

LOT: M0376
PER: 07/2022
PPU: 99,00DH

طيف
ديفا للصيدلة
مسؤول
ديفا للصيدلة

LOT 081719
UT AV 02 23
PPV 51.00 DH

PPV 54.10 DH

stricte