

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.

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 Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - 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

60936


Déclaration de Maladie : N° P19-0009381

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1122 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 669321123 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 14/1/21
 Nom et prénom du malade : Dr. Fatima Âge :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : déchirure type 2 + ulcère rétro
 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 : 23/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/1/21 | | C2 | 300 DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 14/1/2021 | 777,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

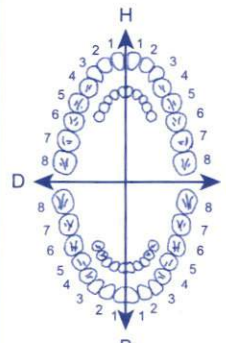
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div>G</div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zineb ERRAJRAJI

*Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques*



الدكتورة الرجراجي زينب

**متخصصة في مرض السكري
والغدد**

14/1/21

Mr. Drifi Fatima

~~Humalog mix 100 U/ml~~

(S.V)

11,00 x 7
= 77,00

18 U5 à midi

18 U5 le soir

W de
2 U5

777,00

PHARMACIE Dr. Zineb
Sidi Boumerdes
Tél : 05 22 26 52 11 / GSM : 06 64 00 98 46

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen
Suspension injectable
Bottle de 1 stylo pré-rempli de 3 ml
SOTHEMA BOUSKOURA
AMM N°13712/DMP/21/NNP



6 118001 071807

LOT D266465G.3
UT AV 05 2023
PPV 177.00 DH

LOT D266465G.3
UT AV 05 2023
PPV 177.00 DH

LOT D226879H.1
UT AV 02 2023
PPV 177.00 DH

LOT D266465G.3
UT AV 05 2023
PPV 177.00 DH

LOT D266465G.3
UT AV 05 2023
PPV 177.00 DH

LOT D266465G.3
UT AV 05 2023
PPV 177.00 DH

LOT D226879H.1
UT AV 02 2023
PPV 177.00 DH