

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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- 0043998

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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) :

Dr Asmaa DEBBAGH
OMNIPRATICIENNE
Médecin de Travail
Tél: 0522 36 85 33
25 Bd Vauquelin El Mansour - Casa

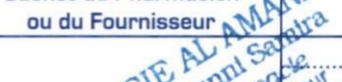
ACCUEIL

0 MARS 2021

MUPRAS

[illegible]

Asmaa DEL
INPRATICIENNE
Médicia de Travail
Tél: 0522 36 85 33
ES, Bd Yacoub El Mansour - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/21	602,80

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

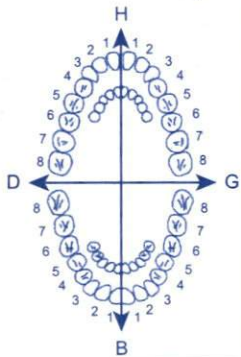
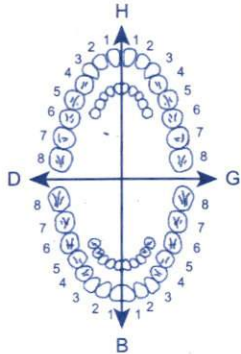
Montant détaillé des Honoraires

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 d'hygiène bucco-dentaire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> G 21433552 00000000 </div> </div> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

- G

1

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

طب المستعجلات والتسممات - طب الشغل - الخبرة الطبية
 الفحص بالصدى - تخطيط القلب - الوخز بالإبر الصينية - الإقلاع عن التدخين
 Médecine d'Urgence et d'Oxylogie - Médecine du Travail - Expertise Médico-légale
 Echographie Générale - Electrocardiogramme - Acupuncture - Sevrage tabagisme

المستعجلات : Urgence : 0660 54 54 23

Casablanca le : 05/03/2021

PHARMACIE AL AMANA
 Mme. Alami Soukain Samira
 Docteur en Pharmacie
 13, Rue Annerjis Beaugésjour
 Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

M - Aya ESSBA

① Zylax 600

196,60

18/7

② Prédni 20

42,00

3 gms le soir

③ Sedes 20

140,00

1 gél le soir

④ Nasone

136,20

2 pulv nasale le matin

UT. AV :

PPV :

42,00

NASONEX 50 µg/dose
 Suspension pour pulvérisation nasale
 Façon de 120 doses
 P.P.V: 136,20 DH
 Distribué par MSD Maroc

⑤ Centre of

18 le son

88.00



ps 1-on

Dr Asmaa DEBBAGH
OMNIPRATICIENNE
Médecin de Travail

Tél: 0522 36 85 33

235, Bd Yacoub El Mansour - Casa

60280

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Souad Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Amr el Beausjour
Casablanca - Tél: 05 22 39 09 70

Curtec®
Cétirizine
10 mg

30 comprimés sécables

Voie orale



b

bottu S.A.
12, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



PPV: 88DH00
PER: 05/23
LOT: J1299



Curtec® 10 mg
Cétirizine

Zylax[®]
Moxifloxacin



LOT 193099

EXP 03/22

PPV 196DH60

Handwritten blue ink signature or stamp.

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 200713
PER : 01-2023
PPV : 140,00DH

755.772.05.19