

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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- 0039476

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867 Société : 66831
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EDDARI EL MOSTAFA
Date de naissance : 18/11/1955
Adresse : 49 rue d'Algérie - CASA
Tél. : 0661327595 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELIA
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 00

Date de consultation : 08/04/2021
Nom et prénom du malade : Eddan El Mostafa Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DM2
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 12/04/21

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
08/04/21		1		Docteur Mohamed JELLAL E.N. Assistant C. St Louis Paris 24, Rue de la Méditerranée - CASA Tél. 0522 27 77 9999

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Bayda	08/04/2021	15259.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

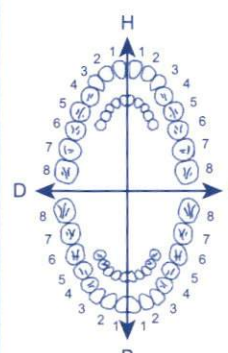
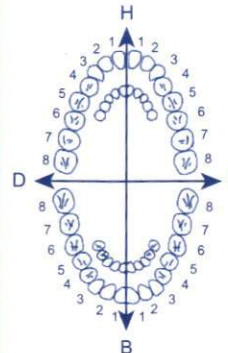
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed JEI LAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أخصاض السكري - السمنة - الكوليسترول

الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Casablanca, le



1 / ODIA 1 mg

S.V

2 / Stagid

S.V

3 / Cosopt 300

S.V

4 / Nebule

S.V

5 / Ashvardi

S.V

6 / Cosopt

S.V

7 / Zadren

S.V

1525.90

24, زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

LOT
EXP
PPV

102,60
202511
11 2022
107.60

LOT.
EXP
PPV

201658
07 2023
107.60

LOT201402 1

EXP 06 2023
PPV 26 90

LOT T033801 1
EXP 07 2022
PPV 164.20 DH

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 11/2022
LOT 90012 9

LOT
EXP
PPV

107,60
201262
05 2023
107.60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

F
A
N
E
L
A
O
C

160,90

160,90

160,90

LOT T020107 1
EXP 02 2022
PPV 164.20 DH

LOT201402 1

EXP 06 2023
PPV 26 90

PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 001727771000005

N° CNSS : 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Mr EDDARI ELMUSTAFA

I.C.E. :

Le : 08/04/2021

FACTURE N°: 8394/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	ODIA 1MG B 30	26.90	80.70
3	STAGID 700MG /100CPS	107.60	322.80
2	NEBILET 5MG 28CPS	87.50	175.00
2	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	44.80
2	COSOPT COLLYRE	164.20	328.40
1	ZADRYL 10MG B 30CPS	91.50	91.50
3	CO-ARAPRO 300/25MG 30CPS	160.90	482.70

TVA 7%: 27.47

Total : 1 525,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CINQ CENT VINGT CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

