

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

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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- 0043830

567285
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : DOUIER NAJIB

Date de naissance : 1.7.1954

Adresse : 44 Rue EL BAHIA Lil Roches Noires CASA

Tél. : 0663722597

Total des frais engagés : 107130 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. MABROUK RAKA
Médecine Générale
108, Bd. Zoubair Bnou Al Aoua
1er étage - Roches Noire
Casablanca 05
Tél. : 05 22 40 54 98

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/21

Nom et prénom du malade : DOUIER NAJIB

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Colopathie

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 : CASA

Le : 15/4/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

Dr. MABROUK KHA
Médecine Générale
8, Bd. Zoubeir Boulal Al Aouam
1er étage - Roches Noire
Casablanca 05
Tél.: 05 22 40 54 98

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
	921,30
Date	
13/04/21	

Date

921,30

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

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

A M

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																	
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																
	<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D ————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D ————— G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
<p>(Création, remont, adjonction)</p> 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															

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Dr. MABROUK RKIA

Médecine Générale

108, Bd Zoubair Bnou Al Aouam

1^{er} étage - Roche Noire

Casablanca 05

Tél. : 05 22 40 54 98

الدكتورة مبروك رقية

الطب العام

108 شارع الزبير بن العوام

الطابق الأول - روش نوار

الدار البيضاء - 05

الهاتف : 05 22 40 54 98

MLe 2439

TEL 0603722597

Casablanca, Le

13 AVR 2021

9. DOUIEB
Meph

286100x3

EXFAP 5/160 i 12.5

63,301 up to note x 3 new

Bolny
1 gel - 100

on 200g

921,30

Dr. MABROUK RKIA

Médecine Générale

108, Bd. Zoubair Bnou Al Aouam

1^{er} étage - Roches Noire


Casablanca 05


Tél. : 05 22 40 54 98

Pharmacie la Solidarité

354, Bd Ambassadeur Ben Aicha
Roches Noires - Casablanca

Tél. : 05 22 40 29 03 Fax : 05 22 24 69 21

 **NOVARTIS**
PPV : 286,00 DH

 **NOVARTIS**
PPV : 286,00 DH

5mg/160mg/12.5mg

 **NOVARTIS**
PPV : 286,00 DH

Complément alimentaire n'est pas médicament.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT : 200346
DLUO : 10/2023
63.30DH