

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

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° W19-585474

68387

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1246

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL YANLAOUI Mohamed

Date de naissance :

01/01/1948

Adresse :

2, Rue TAHAMADUTE - HAY ESSALAM
CASABLANCA

Tél. :

Total des frais engagés :

1938 Dh 40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL
Neurologue
Professeur de l'Enseignement Supérieur

Date de consultation :

22/04/2021

Nom et prénom du malade :

EL YANLAOUI Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Neurologique

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 : 23/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Déclaré

Remp

Il sera

réclar

Coup

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/04/21	Cs		3000DH	INF : 091 032 167 Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL Neurologue Professeur de l'Enseignement Supérieur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL MOUTAWAKIL 42, Rue d'Irfane II, Casablanca Tel: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 01 05	22/04/2021	1638,47

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

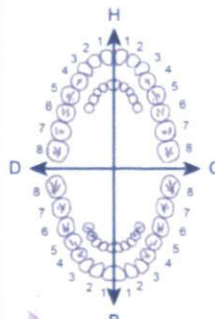
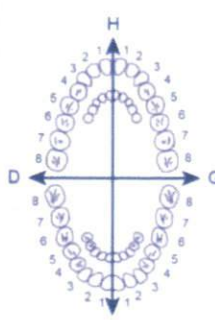
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

22/04/22

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH
ID: 645722
6 118001 142806

Dr. EL YAMLAOUI Mohamed

56100

DOPEPRA 500

1/2 4 / j

50600

x2

DOPEZIL 10

1/2 4 / j

2180

x3

(3)

ASPEGIC 100

1 med / j

163840

PHARMACIE ANAUCHATA
42, Rue d'Irlande Hay Salim,
CP: Casablanca
Tél: 05 22 26 61 05

DOPEZIL RANBAXY 10 mg
Boite de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale
PPV: 506 DH 00

DOPEZIL RANBAXY 10 mg
Boite de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale
PPV: 506 DH 00

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
LOT: 20E011F
PER: 05 2022
P.P.V: 21DH80
118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
LOT: 20E011F
PER: 05 2022
P.P.V: 21DH80
118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
LOT: 20E009
PER: 05 2022
P.P.V: 21DH80
118000 061113

Dr. Bouchra ET MOUTAWAKIL
Neurologue
Professeur de l'Enseignement Supérieur

64, Bd Omar El Idrissi (côté Hôpital) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 : lefax
RC : 45021 - I.F : 2501099 - Patente : 34450506 - CNSS : 1420869 - ICE : 001728360000010
E-mail: cliniquemerssultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma