

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-619014

69444

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société : _____
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : Al Bazi
 Date de naissance : 07-03-52
 Adresse : Routet ci mouen Dohar de Casablanca
 Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Alain GUIDON
6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA
Tél : 65 22 26 71 53

Cachet du médecin : _____
 Date de consultation : _____
 Nom et prénom du malade : Al Bazi Age : _____
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Traheobronchite
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

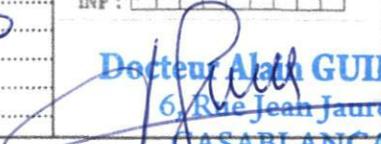
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/03/21	C		270	INP : <input type="text"/>  Docteur Alain GUIDON 6, Rue Jean Jaures CASABLANCA Tél : 05 22 26 71 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Tel : 05 22 26 71 53

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.03.21	107,30
	20.04.2021	40,40

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	

VOLET ADHERENT

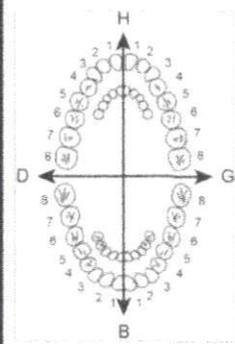
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

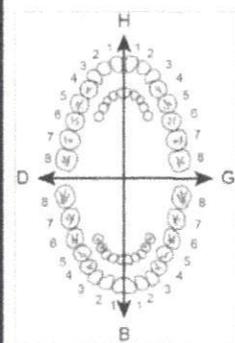
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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></td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Alain GUIDON

Ancien Externe des Hôpitaux

MEDECINE GENERALE

6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA

Tél. { Cabinet : 05 22 26 71 53
Domicile : 05 22 36 09 65

الدكتور ألن كيدون
خريج كلية الطب
الطب العام

6, زنقة جان جوريس - الدار البيضاء

المكتب : 05 22 26 71 53
المزل : 05 22 36 09 65

El Besi Seïa

12.03.2021

Casablanca, le في الدار البيضاء

47,80

1. Desey

1 bouteille 3 fois par jour

PPV:
EXP:
Lot N°: *47,80*

59,50 *jour*

2. Enroux

1 bouteille 2 fois par jour



1 jour.

Docteur Alain GUIDON

6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA

Tél. 05 22 26 71 53

T = 107,30

Durée d'utilisation

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

LOT 071025/FC18
02/2023 PPC 59,50



PHARMACIE SID EL KHADIR

1367, Rue My Bouchaib Derb Jamila

Docteur en pharmacie
UCL
BELGIQUE

R.C :209632

Patente:35005980

T.V.A :

C.N.S.S:2022094

Banque:BP 212111920430001

Tél :0522.91.30.46

Le 20/04/2021

FACTURE N°1130386

N° ICE : 001680945000009

REGINA

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	EXOCINE	40,40	40,40	2,64	7,00
			TOTAL T.T.C :	40,40	



PPV . 40DH40

Elle est de l'...

Nbr Articles

TVA 7% Base :

40,40

Montant :

2,64

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Dirhams et 40 centimes.