

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.

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 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

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.

AS : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 1052688

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMJOUEL SAID
 Date de naissance : 01/01/49
 Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES APPT N° 7 DESSUS DOL GABA
 Tél. : 06 1321 41 09 / 05 22 39 48 72 Total des frais engagés : 827,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. BENHIMAT Touria

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/5/2021
 Nom et prénom du malade : AMJOUEL SAID Age : 72
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Endocrinologie
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 28/05/2021

Autorisation CNDP N° : AA-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
24/09/2024	(2)	1	300,00	<p>Centre Médical de l'Enfance (CME) 70, Rue de la République Tel: 05 22 49 83 54</p>

End: **ENTIMIA Tourid**
 70, Rue de la République
 Tel: 05 22 29 83 54 / 05 22 29 83 55

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mouad CHRAIBI Mouad 59, Bd. Berrechid Ain Chock Casa - Tél: 0522 50 89 14	24/05/2021	527,80

ou du Fournisseur

Pharmacie Mouad
CHRAIBI Mouad
59, Bd. Berrechid Ain Chock
Casa - Tel: 0522 60 89 16

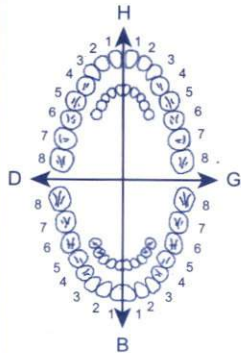
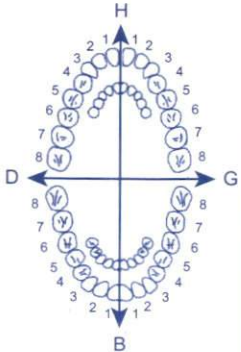
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

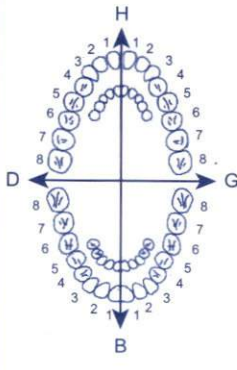
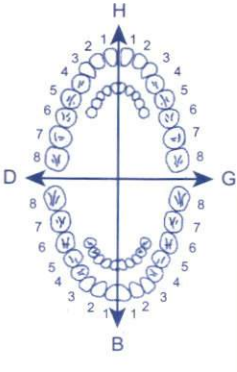
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div>D<div>2553341200000000</div><div>0000000035533411</div></div><div>G<div>2143355200000000</div><div>0000000011433553</div></div><div>B</div></div>			Coefficient DES TRAVAUX	
	[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'EXE

Docteur Benhima Tou

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulon
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes

Ménopause - An

Sur rendez-vous

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118Q01 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

الدكتورة بنهيمّة ثرية
خريجة كلية الطب بتولوز
اختصاصية في أمراض الغدد
الهرمونية

السكر - التغذية - السمّة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولسترول - العقم

بالموعد

Casablanca, le 24/5/2021

Antigonal Spin

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

4x28 Levotyrox 100 - 1 - 0 - 0

2x630 Levotyrox 25 - 1/2 - 0 - 0

7x28, gluco phase 1000 - 0 - 1/2 - 1

1x97,60 Mot 20 - 0 - 0 - 1/2 / to

4x30,70 Kardegic 75

LOT 201394
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

28,00

97,60

28,00

1 - une 100.00

12,60DH 1 capsule 13 mg
à cardiologie

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 20E012
PER.: 06/2022

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT : 21E001
PER.: 09/2022

Pharmacie Mouad
CHRAÏBI Mouad
59, Bd. Berrechid Ain Chock
Tél: 0522 50 89 14

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

LOT 201390
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

28,00

BENHIMA Tou
70, Rue Félix et Max Guedi
Tél: 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50

28,00

LOT 201394
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH