

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.

Diagnostic 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- 055380

☐ Maladie

☐ Dentaire

75514

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 285 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : H. BEN AMAR A.

Date de naissance : 07-37

Adresse : 124 RUE MOHAMED FAKIR - HAY HANA

Tél. : 06 61726717 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

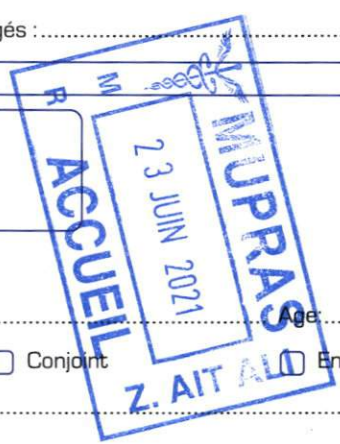
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /


Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/6/2021	2474,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

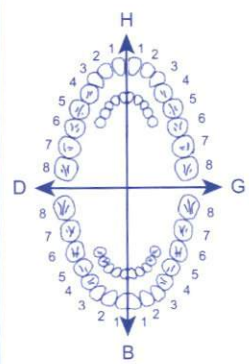
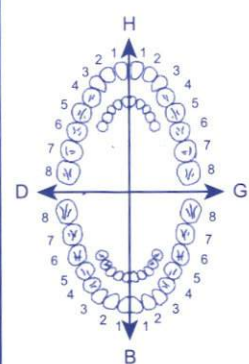
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



PHARMACIE OUJED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUJED BEHT BLOC B EL OULFA

of 285

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 19/06/2021

FACTURE N°669293


N° ICE : 000198418000024

BEN AMAR ABDELHAMID

N° IF : 40456596

285

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
9	CARDENSIEL 2,5MG BTE 30	50,70	456,30		
2	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	55,40		
9	REDLIP 20 30CP	97,60	878,40		
11	ALDACTONE 50MG COMP G	57,70	634,70		
13	LASILIX B/20 CP	34,60	449,80		
					

TOTAL T.T.C :

2 474,60

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Quatre Cent Soixante-quatorze Dirhams et 60 centimes.

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
Cardensiel 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
CARDENSIEL 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B25638
EXP: 11.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B25144
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B25144
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B24677
EXP: 06.2022

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

LOT: 20E013
PER: 12 2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E015
PER: 01 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E017
PER: 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E017
PER: 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E013
PER: 12 2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E021
PER: 07 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E015
PER: 01 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E021
PER: 07 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E015
PER: 01 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E017
PER: 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E021
PER: 07 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E015
PER: 01 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

LOT: 20E013
PER: 12 2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
6 118000 060468

