

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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-

068510

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1197 Société : R

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRIFI FATIMA

Date de naissance : 29/12/45

Adresse : 502, rue coloniale, Casablanca

Tél. : 2606 9323 Total des frais engagés : 12000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2021

Nom et prénom du malade : DRIFI FATIMA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : C. 13

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 : Casablanca

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
10/06/21	Sn		200,5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALMAH Km 45 Casse Azammour Lamham Bir Idid Tel : 0661 392 612	10/06/2021	4640,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

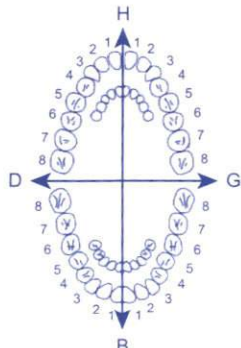
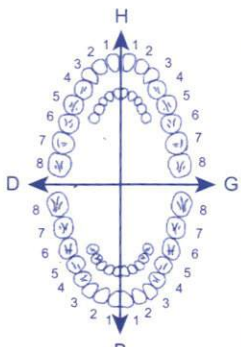
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																
	<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																
			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

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

اختصاصي في امراض القلب والشرايين

خرج كلية الطب بليب

طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

10/06/2021

Ne Dniti FATINA

Pharmacie ALFALAH
Km 45 Casa Azamoud
L'Anassir Bir Jdid
Tél : 06 61 392 612

Coplavix 75 1

$270 \times 3 = 810$

dosimex 10 1

$157,80 \times 3 = 473,40$

Ufero 100 x 2 1

$405 \times 7 = 2835$

lenox special 1/4 1

302

Al proz 1

$38,70 \times 107,10$

St max 1/4

$86,60 \times 2 = 173,20$

ts 4640,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

ROSUVAS® SUN 10 mg
Boite de 30 comprimés pelliculés
6 118000 380641

LOT : 202007
PER: 07/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH
6 118001 031726

ROSUVAS® SUN 10 mg
Boite de 30 comprimés pelliculés
6 118000 380641

LOT : 202005
PER: 05/2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
LAS LIX SPECIAL 500MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH
6 118001 082301

ROSUVAS® SUN 10 mg
Boite de 30 comprimés pelliculés
6 118000 380641

Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables
Remboursable AMO
6 118000 020523

Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables
Remboursable AMO
6 118000 020523

Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables
Remboursable AMO
6 118000 020523

Alpraz® 1 mg
14 comprimés sécables
Remboursable AMO
6 118000 020523

LOT 2106001
EXP 03 2024
PPV 35.70

LOT 2100801
EXP 01 2024
PPV 35.70