

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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 79 18 - www.n.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0034105

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50039

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mlle Benachra Majida

Date de naissance :

Adresse : Rue Goutier N° 440 (CASA)

Tél. : 06 75 74 5304

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. Benachra Majida Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :

(Signature)



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
26/06/2021	C		15000	Docteur EL ALAOU MHAMDY Moulay Youssef Médecine Générale 18, Rue Sale (D.M) Casablanca Tél / Fax : 0522 47 56 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DI LA CHOUQUA Docteur en Pharmacie 41, Rue Goulmina - CASABLANCA Tél : 0522 47 79 95 - CF: 0015350410000	26.06.2021	520,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

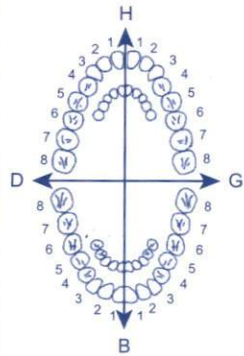
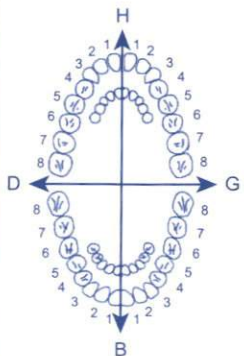
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				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 El Alaoui Mhamdy Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

Ancienne Médina

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

Casablanca

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدي يوسف

الطب العام

16، زنقة سلا (أمام جامع الشلوح)

المدينة القديمة

الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94

الدار البيضاء

Casablanca, Le : 26.06.2011 : الدار البيضاء، في :

222,00 17, Benachrat rapide
Augmentin 1gr (pre 16)
26,80 sachet x 2hp
4 Augmentin 200 mg
79,00 sachet x 2hp
Hivernez
64,20 x 3
4 Ancine plus 50/12,5 mg
1 cp
pendant 03 mois

Docteur EL ALAOUI MHAMDY

Moulay Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (A.M.) Casablanca

Tél / Fax : 0522 47 56 94

I.C.E. : 001915367000059 - I.F. : 39717340 - C.N.S.S. : 2099530

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents
 PPV 26DH80
 EXP 12/2022
 LOT 90014 4

LOT : 136
 PER : 10/23
 PPV : 64,20 DH
 (P)
 نيلوس

LOT: 135
 PER: 10/23
 PPV: 64,20 DH
 (P)
 نيلوس

RESPECTER LES DOSES P
 PPV: 222,00 DH
 LOT: 644984
 PER: 12/21
 ■■■■■

LOT: 123
 PER: 04/22
 PPV: 64,20
 (P)
 نيلوس

LOT 063943/FC1
 10/2022 PPC 79.00
 V^e AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15 و.س.ص.م.غ