

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage 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° W19-539498

76 109

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12528 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIAD NISRINE

Date de naissance : 09/05/1984

Adresse : HAY NASSIR, Résidences Les Champs 4, imm B, apt 03, Casablanca

Tél. : 0664 970707 Total des frais engagés : 631,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/05/2021

Nom et prénom du malade : Riad NISRINE Age : 37

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

Nature de la maladie : Césarienne

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 Le : 22/05/2021

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
22.05.21	généraliste		631,60	INF: 118000 042099

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALEXANDRIE Mme BENJELLOUN FOUZIA Docteur en Pharmacie 35 Boulevard Alexandria Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca MPE: 09000456 - ICS: 00 1837 635 000 00	22/05/21	631,60

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	

ZAMOX[®] 14 Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g / 125 mg

6 118000 042099

PPV: 109DH00
PER: 12-23
LOT: J3546

LOT : 6604
UT, AV : 01-24
P.P.V : 10 DH 60

Dolostop[®] 1000mg
Boîte de 8 comprimés

6 118000 093015

prothèses ou de traitement canalair

CARBOSORB[®]
Transit

LOT: 210152
PER: 03/2024
PPC: 79 50 DH

Maltofer[®] 100 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 331902

LOTN: 20207A
EXP: 11
P.P.V:

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

6 118001 220212

LOTN: 20207A
EXP: 11 2022
P.P.V: 98,50 DH

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

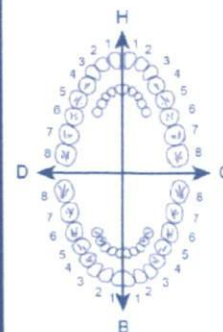
6 118001 220212

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



LOTN: 20207A
EXP: 11 2022
P.P.V: 98,50 DH

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues

6 118001 220212

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE L'HERMITAGE



مصحة لارميطاج



ORDONNANCE

Casablanca 22.5.21 الدار البيضاء في

Riad Morine

109/102
James cu 230 mg. x 1
81/50
Hibor 300 mg Mel, 28
10/60
Dolotip 200 mg x 1
38/50
Viltro 200 mg x 1
29/50
Carbapen 200 mg x 3
631/60

Dr. M. BENJELLOUN
Gynécologue - Obstétricien
Café Capital Center 213 entre C et 415 entre
Jle. Bd. Abdelkoudoumen et Bld Anoual 119
24 au Dessus de Carrefour Casablanca
0522 86 30 87 Urgence 05 22 86 30 73