

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.

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

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 072631

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5589 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUARDI Mohamed

Date de naissance : 30-01-82

Adresse : Lot Haj Fakh N° 690 Safa, Casablanca

Tél. : 06 23 18 9803 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL OUARDI NISSAL 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 : 25/08/2021 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANNASSIM Lot Habiba N°2/2 Oulfa CASABLANCA - Tél: 05 22 30 39 12 INPE: 092010552 ICE: 002042937000024	5/08/21	355,60

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	

RES

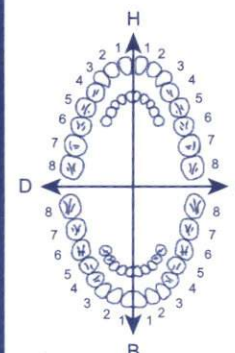
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et la nature des soins.

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

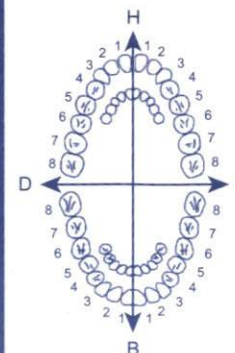
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Ministère de la Santé

Direction Régionale Casablanca-Settat

DELEGATION HAY HASSANI



المملكة المغربية

وزارة الصحة

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

مندوبية الحي الحسني

Ordonnance

Date : 05/08/2024

Nom et Prénom : Hay Hassani El Ouadi

PHARMACIE ANNASSI
Lot Habiba N°62/2 Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 39 12
INPE: 032010582
N°: 002043997000034

LOT: M0450
PER: 12/2022
PPV: 87,00DH

1 - Plaquenil 200 mg

1 cp x 2 fois / jour pendant 10 jours (toutes les 8h)

2 - Azthromycine 500 mg cp

- 1 cp j1
- 1/2 cp de j2 à j7 } au milieu des repas

3 - Vitamine c 1000 mg cp

1 cp x 2 fois / j pendant 10 j

4 - Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2 fois / j pendant 10 j

5 - D-cure forte

1 amp / semaine pendant 3 semaines

6 - Cardioaspirine 100 mg

1 cp / j pendant 10 j

(Rivovine 500 mg / j Plaj)

AV: 2222
P.P.V. 79 70

AV: 2222
P.P.V. 79 70

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 06/2024
LOT 16080 3

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2024
LOT 11026 20

UT, AV: 21280
03/23
29,00
PPC (DH):

PPV: 49,60 DH
LOT: 21027
EXP: 04/2024

PHARMACIE ANNASSI
Lot Habiba N°62/2 Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 39 12
INPE: 032010582
N°: 002043997000034

35560