

COMMANDEMENTS IMPORTANTS 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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Conformément de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034184

MUPRAS
RECEPTION 9

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2151 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEVDAROU Farad
Date de naissance : 02/07/51
Adresse : 1, Rue Rabat DEROUA
Tél. : 0663660451 Total des frais engagés : 2147,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2021
Nom et prénom du malade : BEVDAROU Farad
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + diabète
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 : DEN OUA Le : 08/09/21
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
08/07/2021			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/07/2021

1844,80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

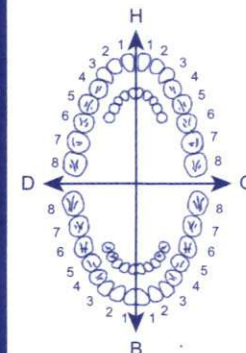
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le

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 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين

عريج كلية الطب بليل

طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

09102164

La BON DROUDE Roum

95.00 x 4

Xedibol 25 1/

3070 x 4

Kasle 75 1/

361.- x 2

310.00 x 2

1844.80

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
BLOC U N° 4 Deroua
Tél: 05 22 53 20 53

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773



6118001030903

EXFORGE HCT

10mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH



6118001030903

EXFORGE HCT

10mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH



6118001030903

EXFORGE HCT

10mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 310,00 DH

NOVARTIS

PPV : 310,00 DH

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au

Bloc U N° 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 21E001
PER : 09 2022

LOT : 21E002
PER : 09 2022

LOT : 21E002
PER : 09 2022

LOT : 21E002
PER : 09 2022