

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER 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.

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 048072

84936

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003101

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIR

MOHAMED

Date de naissance : 1943

Adresse :

Tél : 0663747067

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/9/21

Nom et prénom du malade : SABIR mohamed

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFF CRVX + AFF perls

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) :

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
01/09/21	C		120 DH	Dr. ARRAKI Jama 4, Rue Ibn Khaldoun Habous Casablanca Tél: 342543 - GSM: 0650 86 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/21	2697,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

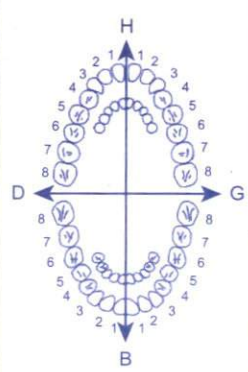
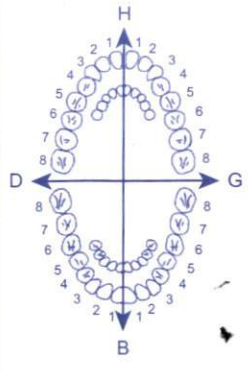
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Jamal Arraki

Médecine Générale

Ex-médecin Militaire
Expert Assermenté près les Tribunaux
Certificat Universitaire d'Echographie
médecin agréée à la visite
médicale d'Aptitude pour
permis de conduire

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

الدكتور جمال الحراقي

الطب العام

طبيب عسكري سابق
خبير محلف لدى المحاكم
الفحص بالصدى
طبيب مرخص بالفحص
الطبي لرخصة السياقة

4، زنتة ابن خلدون، الأحياء-الدار البيضاء
الهاتف: 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

Casablanca, le : 21/09/2011 : في الدار البيضاء.

Abderrahmane

140, 20 x 6 = 840, 20

FORTZAP

98, 90 x 6 = 595, 40

ANLOR

109, 20 x 5 = 545, 00

140, 00 x 4 = 560, 00

79, 50

CARBO SORB

75, 50

BISPIRAZOLE

2697, 60

Dr. ARRAKI Jamal
4, Rue Ibn Khaldoun
Habous - Casablanca
tél : 0522.44.25.43 - Gsm : 0650.86.30.11

6729
FORTZAAR 100/12.5 mg
28 comprimés
P.P.V: 140.20 DHS
Distribué par MSD Maroc
AMM 546/17DMP/21/NRQ
70059154/111018-1
6 118001 160464

6729
FORTZAAR 100/12.5 mg
28 comprimés
P.P.V: 140.20 DHS
Distribué par MSD Maroc
AMM 546/17DMP/21/NRQ
70059154/111018-1
6 118001 160464

6729
FORTZAAR 100/12.5 mg
28 comprimés
P.P.V: 140.20 DHS
Distribué par MSD Maroc
AMM 546/17DMP/21/NRQ
70059154/111018-1
6 118001 160464

6729
FORTZAAR 100/12.5 mg
28 comprimés
P.P.V: 140.20 DHS
Distribué par MSD Maroc
AMM 546/17DMP/21/NRQ
70059154/111018-1
6 118001 160464

P.P.V.
98 90

P.P.V.
98 90

AMlor 10 mg
28 COMPRIMÉS

AMlor 10 mg
28 COMPRIMÉS

6729
FORTZAAR 100/12.5 mg
28 comprimés
P.P.V: 140.20 DHS
Distribué par MSD Maroc
AMM 546/17DMP/21/NRQ
70059154/111018-1
6 118001 160464

6729
FORTZAAR 100/12.5 mg
28 comprimés
P.P.V: 140.20 DHS
Distribué par MSD Maroc
AMM 546/17DMP/21/NRQ
70059154/111018-1
6 118001 160464

AMlor 10 mg
28 COMPRIMÉS

P.P.V.
98 90
AMlor 10 mg
28 COMPRIMÉS

P.P.V.
98 90
AMlor 10 mg
28 COMPRIMÉS

P.P.V.
98 90
AMlor 10 mg
28 COMPRIMÉS

PPV: 109DH20

PPV 109DH20

PPV: 109DH20

GAPRE^x 25 mg
PPV: 109DH20

GAPRE^x 25 mg

GAPRE^x 25 mg

GAPRE^x 25 mg

LOT: 20C030 EXP 09/23
PPV: 109DH20

PPV: 140,00DH

PPV: 140,00DH

PPV: 140,00DH

GAPRE^x 25 mg

OEDES 20mg

OEDES 20mg

OEDES 20mg

PPV: 140,00DH

PPC: 79,50 DH

PPC: 79,50 DH

BISPIRAZOLE
Sulamoyone 1,5 MLI et Méthimazole 250 mg

PPV 75DH50
PER 01/23

OEDES 20mg

