

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 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

MUPRAS
RECEPTION 9

N° P19-0039234

101063

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2994 Société : R Am

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : CHAHID Aiche

Date de naissance :

Adresse : 402 AL MASJID 74 oued TARSIFT

Tél. : 06 45 76 74 04 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JAN 2022

Nom et prénom du malade : Aiche Chahid Age : 75 ans

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

Nature de la maladie : DT2

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 : Deraa Le : 18/01/2022

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
18 JAN. 2022		CS	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/22	2422,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

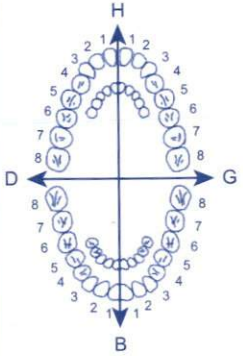
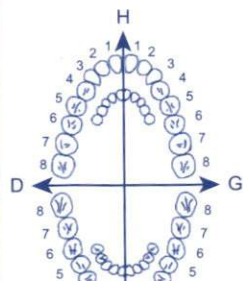
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
B														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS											
			DATE DU DEVIS											

Médecin généraliste

**Ancien Médecin interne à l'hôpital
Périphérique de Berrchid.**



طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي
ببرشيد

ORDONNANCE

18 JAN. 2022

DEROUA, le :

Archeology

0.3 x 4.7, w. 4 Jonnet 10-150

 $1 \times 2 \times 3 \text{ (m.s.)}$
$$78, 70 \xrightarrow{a} \text{Diom C } 75 \text{ Co}$$

44.70 $\times 16$ $\times 3000$

02 x 140, 2

Older / 20

1 x 2/.

79, 2

39, 1-1

~~66x4050~~

ggoo

MEFA-18

To find $\frac{d}{dx} \ln 80$
($1 \times 2 / \times 3 \text{ min}$)

Distance - 1000

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N° 102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

02x99,007

Pls de Fen

S.V

49,80

LS 1/2 x 1/2

Flagyl 500

1x3/

x75

S.V

2422,20



Distribué par MSD MA
AMM N° : 268/19/DMP
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MA
AMM N° : 268/19/DMP
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC
AMM N° : 268/19/DMP/21/
P.P.V: 437,00 DH.

78,00

44,00

LOT: 210831
PER: 01~2024
PPV: 140,00 DH

LOT: 210601
PER: 12~2023
PPV: 140,00 DH

39,00

79,00

07 mg		Le.14 mg	
Inst.		Le.14 mg	
Dilu.		Le.14 mg	
Lot		20257 0623	
Per		PER	
Pri		99,00	

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA

Lot: 118781
Date de Fab: 02.2021
Date de Per: 02.2023

Lot: 118781
Date de Fab: 02.2021
Date de Per: 02.2023
PPC: 99 Dhs

LOT: 21E014
PER: 05 2025
P.P.V: 490 DH

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V: 490 DH

6 118000 060062