

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

- 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 : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-637046

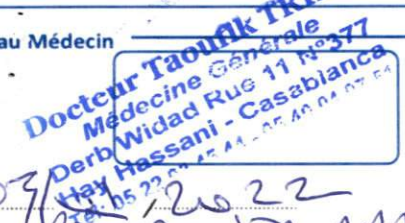

106502

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2616 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionnée ☒ Autre : Retraite -
 Nom & Prénom : BEN LOUITA Abdellatif
 Date de naissance : 9.4.60
 Adresse : 26 Rue Al Baoufaj Beausejour CASA
 Tél. : 06 78 78 90 46 Total des frais engagés : 150 + 492.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 07/02/22
 Nom et prénom du malade : BEN LOUITA ABDULLATIF Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

Le : 02/03/2022

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
03 01 22	C	1	15900	INP : 09/13/11/11 Docteur Taoufik Médecine Générale Derb Widad - N°377 Hassani Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 06 76 22 99 34 Derb Widad - Casablanca	02 MARS 2022	492.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

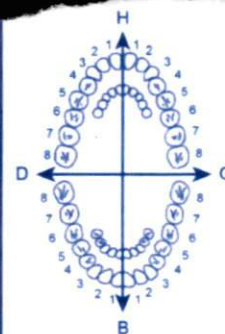
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

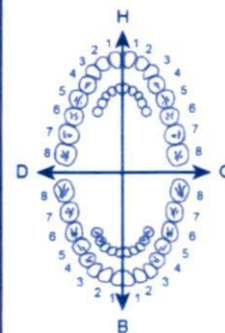
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale
Echographie



الدكتور توفيق التريبي

طبيب رئيسي سابقا

الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca le : 03/01/22 : الدار البيضاء في

MARENZOVI DA ABDELWATIK

79.70

ATIL N1

79.00

ATIL N1

185.00

45.30x2

ATIL N2

58.40

492.70

entrouvert N1

solu N2

PHARM. EL HABIB
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 94 99 34

Docteur Taoufik TRIHI
Medecine Générale
Hay Hassani - Casablanca
Rue 11 N°377
Tél: 05 22 94 45 44 / 05 40 04 07 51

AZIX[®]
Azithromycine

500 mg
Voie orale

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2275

8 032578 477337

Lot: 210358
À consommer avant le: 05/2024
PPC: 79,00 DH

Apixol[®]
Adultes
Solution buvable

SAFLU[®]
Propionate de fluticasone /salmétérol

LOT: GB10223
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Bien agiter avant chaque utilisation

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudja
Région de Rabat

PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudja
Région de Rabat

PPV 45,30 DH

Solupred[®] 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم القادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
يعطى فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (اللائحة I)

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV : 58,40 DHS

6 118000 060536

SAHODI