

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

- 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° P19- 062441

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3310

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAIMA SALILA

Date de naissance : 01/01/1965

Adresse : Beauséjour Hay Beka Résidence Khouzam
Rue Khouzam Numéro 34

Tél. : 0603 30 05 12

Total des frais engagés : 459,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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
09 Fev 2022			150 M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Boulevard Abdelaziz Bougbid (Ex. Jerrada) - Oujda - Casablanca Tél: 05 22 25 34 85	09/02/22	309,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

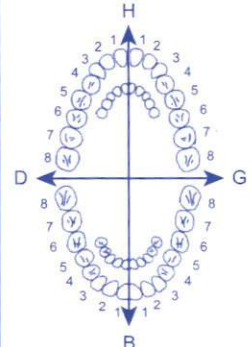
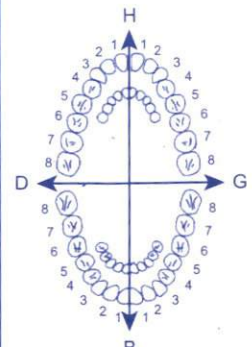
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	9/02/2022					120 x 10 M

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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															
	<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td></td><td>B</td></tr></table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS												
	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 L'EXECUTION

Docteur Jbiha Omar

Médecine Générale



الدكتور جبهة عمر

الطبيب العام

Mr. NJ, PHA

Jalila

Casablanca, le : 9 Fevr 2022

الدار البيضاء، في:

205

58.50 x 3



~~Hydroxocord 3 B~~

x3 (2 Amp 5mg + 10mg)
de 3 B



25.00

~~Aggrax 3 B~~

(le point)
3 B



13.00 x 3

~~Cerody 25 mg 3 B~~

(4 Amp 5mg + 10mg)
3 B

19.90

~~DOL 100 mg 12~~

Autorisation d'exercice n° 4369

297, Avenue 2 mars Casablanca - Tél.: 05 22 28 02 80

05 22 28 02 80 : الهاتف : الدار البيضاء - مارس، شارع 2 مارس

309.40



No the same Budget
(for for 1 per 3)

Canbo for b. T 3 A
le for 1-

LOT 211695

EXP 08 2024

PPV 25 00

- 9 Fevr 2022

LOT 211695

EXP 08 2024

PPV 25 00



1290

CON: 05 21 11 11 11
FEN: 05 21 11 11 11
REV: 05 21 11 11 11

9 Fevr 2022

hydroxo 500C

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 08/2024
LOT 18001 3

hydroxo 500

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 08/2024
LOT 18001 3

hydroxo 500

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 08/2024
LOT 18001 3

LOT 211695

EXP 08 2024

PPV 25 00

Sterogyl®15 "H" 1 ampoule de 1,5 ml
600 000 UI/1,5 ml
Solution injectable i.m.
PPV : 13,00 DH AMM N° 446-16 DMP/21 NRQ
6 118000 021254

Sterogyl®15 "H" 1 ampoule de 1,5 ml
600 000 UI/1,5 ml
Solution injectable i.m.
PPV : 13,00 DH AMM N° 446-16 DMP/21 NRQ
6 118000 021254

Sterogyl®15 "H" 1 ampoule de 1,5 ml
600 000 UI/1,5 ml
Solution injectable i.m.
PPV : 13,00 DH AMM N° 446-16 DMP/21 NRQ
6 118000 021254

حقن، طريقة العضل