

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° W21-623537

1-83 WU

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1208 Société : R.A.R.
☐ Actif ☒ Retraité Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ALNOUANI BOUCHAÏ
 Date de naissance : 1946
 Adresse : HABITUELLE
 Tél : 0604351371 Total des frais engagés : 960 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/03/2022
 Nom et prénom du malade : EL HAZEM LUCIE
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASABLANCA Le : 18/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/03 2022		1 =	200,00	INP : [] [] [] [] [] [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE WILAYAT MOUZAIA</p> <p>220-222-224 Bd. Oued Meurouya El Oulid</p> <p>Casablanca - Tel: 0522.90.51</p> <p>ICE: 002-01220090</p>	14/03/22	660,60

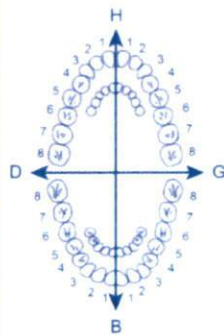
[illegible][illegible]

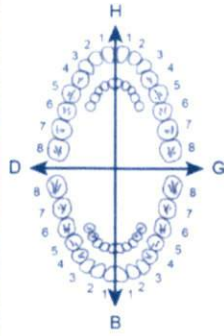
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
						MONTANTS DES SOINS									
						DEBUT D'EXECUTION									
						FIN D'EXECUTION									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H			25533412 00000000	21433552 00000000	G		B		MONTANTS DES SOINS
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	G											
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Arafat Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيانة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le:

الدار البيضاء, في:

Al Douzani Rachid

502,00

1) Cylomical 800 cp
1 cp x 2/7 apts = 5

28,80

2) Vitamil 100 cp
14 x 2/7 apts = 14

22,00

3) Cital 100 cp
14 x 2/7 apts = 14

30,00

4) Eosin 2

1ml x 21 < 5 / 10g

25,00

5) Cyclonial creux (as) Eprivilub

52,80 445

6) Deo B14 (2g)

1g/1t

Tg 660,60

~~Dr. ARAFA AKINA~~
~~Medecin Généraliste~~
~~Bd. Cité Soudan Rue 15-16-18~~
~~Tel/Fax (+227) 01 19 73 12 77~~
~~IMP. 091 01 19 73 15000924~~

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bld de l'Indépendance
N° 15000924

800 mg

LOT 190072

EXP 11/22

PPV 502DH00

25,00



LOT 22.00
PER 11/22
LOT E239

28,80

PPV
LOT
PER



6 117050 213466

PPC 30.00 DH
LOT 3010946
EXP 09/2024

LOT 210385
EXP 12/2023
PPV 52.80DH