

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.

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.

Prothèse 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.

AS : 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° P19-0040860

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6369 Société : RAN AM649

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI Abouallah

Date de naissance : 18-08-1962

Adresse : BLOC 50 N 81 Sidi Othmane Casa

Tél : 0616966424 Total des frais engagés : 720 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamid EL OUARRAK
Médecin Généraliste
Derb Baladia Rue 75 N°18
Sidi Othmane - Casablanca
Tél: 05 22 55 55 06

Date de consultation : 09/03/2022

Nom et prénom du malade : FILALI Abouallah Age :

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

Nature de la maladie : AZHET + HTA

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 : CASA Le : 28/03/2022

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
29-3-2022	G	1	150,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/03/22 570,00

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

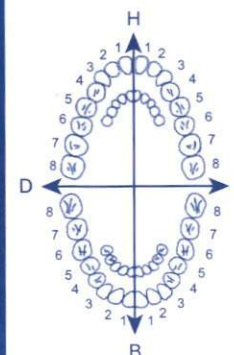
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

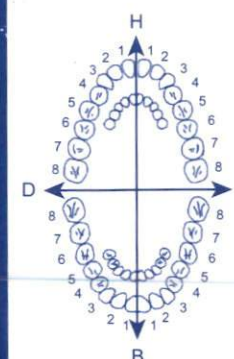
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamid EL OUARRAK
Médecine Générale
D.U.en Diabétologie
D.U.en Echographie



Diaformine®
Metformine

PPV: 21DH00
 PER: 03/25
 LOT: L1091

mg

Diaformine®
Metformine

PPV: 21DH00
 PER: 03/25
 LOT: L1091

mg

Co-Vartex® 80 mg / 12,5 mg

lanca le : 29-3-2022

Co-Vartex® 80 mg / 12,5 mg

Co-Vartex® 80 mg / 12,5 mg

Co-Vartex® 80 mg / 12,5 mg

Fluor. Alcl

21 - Diaformine

*14800 x3
 57000*

Co-Vartex

En 2022

Diaformine®
Metformine

PPV: 21DH00
 PER: 03/25
 LOT: L1091

mg

Diaformine®
Metformine

PPV: 21DH00
 PER: 03/25
 LOT: L1091

mg

Diaformine®
Metformine

PPV: 21DH00
 PER: 03/25
 LOT: L1091

mg

Dr. Hamid EL OUARRAK
 Médecin Généraliste
 Derb Baladia Rd 75 N°18
 Sidi Othmane - Casablanca
 Tél: 05 22 55 55 06

Dr. Hamid EL OUARRAK
 Médecin Généraliste
 Derb Baladia Rd 75 N°18
 Sidi Othmane - Casablanca
 Tél: 05 22 55 55 06

زقة 75 رقم 18 درب البلدية, سيدي عثمان قرب صيدلية الأمان - الدار البيضاء
 Rue 75,N°18,Derb Baladia Sidi Othmane - à coté de pharmacie AL AMANE - Casablanca
 Tél 05 22 55 55 06 / Gsm: 06 60 22 66 99 EMAIL: elouarrak.doc@gmail.com

Diaformine[®]
Metformine

PPV: 21DH00
PER: 02/25
LOT: L684

ng