

CONDITIONS A LIRE POUR 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.

Education :

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 :

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.

Le suivi après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Affection Longue Durée ALD et ALC :

Une déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

Adresses Mails utiles

contact@mupras.com
pec@mupras.com
adhesion@mupras.com

Le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
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° M21- 0036332

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : Habituelle
 Tél : 06 89629854 Total des frais engagés : 170,00 + 143,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/04/2022
 Nom et prénom du malade : ZARRIT
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Toux, Vomissement
 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) :

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
26/04/22		C	170,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

26/04/22

143,60 D.T.

042031864

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

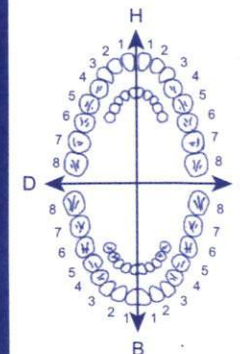
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

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

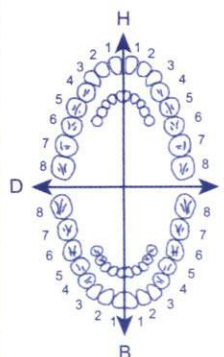
COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. BERAOUZ MOHAMED

Médecine Générale

Echographie Générale

Ex Médecin des

Charbonnages

du Maroc - JERADA

الدكتور برعوز محمد

الطب العام

الفحص بالأصوات فوق الصوتية

(الايكوغرافيا)

طبيب سابق بمقادم المغرب

جرادة

Aoulouz, le 26/04/22 : أولوز في

ZARRIT Fatima

4 Claprame 500g

SV

1 cactylin 100g

27 Kalost (en)

1 gel 100g

3 Aspirin 500g

10p 100g x 7p

47 Cefamandol 500g

10p 200g

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah
N° 02 Bd. Hassan II - AOULOZ
Province TAROUJANT
05 28 53 95 17

06.71.91.87.49 : المحمول : 05:28.53.95.17 : الهاتف : أولوز - تارودانت - الهاتف : شارع الحسن الثاني (قرب الصيدلية الكبرى لأولوز) أولوز - تارودانت - الهاتف : 05:28.53.95.17

PPV 18DH30 EXP 10/2024
LOT 10017 4

11900

CETAMYL®
Paracétamol 500 mg
Boîte de 16 comprimés effervescents

PPV : 1530 DH

6 118000 190226