

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 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

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-706698



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9611	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LABIZ MERYEM			
Date de naissance : 11 03 - 1973			
Adresse : 15 RUE MABILLON, Résidence JARJAL N°10 2ème étage VAL FLEURI - CASABLANCA			
Tél. : 06 63 21 18 54 Total des frais engagés : 211.86,90 Dhs			

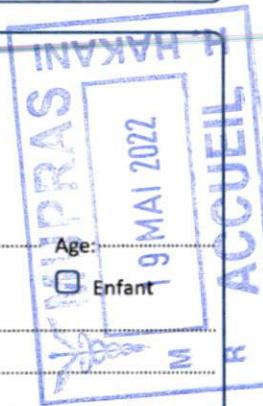
Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 17 MAI 2022	
Nom et prénom du malade : CHAFIK BEN YOUSSEF	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : HTI	
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.	

Chiffre de sécurité : 22 90 97 66 - 022 90 20 20 20

Signature de l'adhérent(e) : 78-05-92

Le : 18/05/2022



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/22	986,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHAHZOUN ~~SAIDI~~

192,25



Casablanca, le :

17 MAI 2022

الدار البيضاء، في :

1. ~~500~~ 14 x 21
 30,00 2. * Nodol Fcu 400
 2,00 3. Bel.0402022 14 x 31
 06,00 4. Co. Icaud 300/12,5 x 4
 36,70 5. Mazola 14 x 1
 086,90 1/4 - 2

LOT:21E007
PER:09
2024

NO-DOL FEN 400MG
CP PELL 830

P.P.V : 30DH00

6 118000 061878

am

am

6728

VITA
Pharmacie VITA - SARLAU
400, Boulevard Roudoua CASABLANCA
Date: 17/05/22
N° Ordre: 002896
Qte: Prix:
am 367

الدكتور سعيد الكزولي
لدى المحاكم

طبيب محلف لدى المحاكم
الدار البيضاء، في 17 ماي 2022

فقط ملخص ملخص ملخص
المحضر رقم 12909766
الدار البيضاء، في 17 ماي 2022

مانuela 022 90 70 88
الهاتف.

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي)
الدار البيضاء، 60

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : drgzsa@gmail.com

نيكلادر® 500 ملغم

كلاريدرو ميسين



احترم المقدار الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة



CP PELL B14
ZECLEAR 500MG



Fabriqué sous licence par :
Maphar. Km 10, Route côtière 111,
Ql-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

192,80



30
الثمن على الرابع

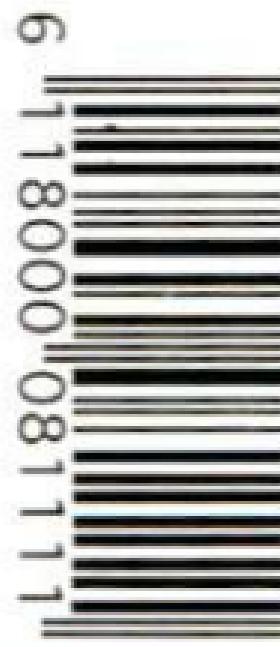
أنксиول

برومازيبام

9 م

36,70

عن طريق الفم



ANXIOL® 6 mg
30 comprimés quadrisécables



سپیماقو المغارب
SPIMACO MAROC

LOT : 210478
 EXP : 03/2024
 PPV : 158,000H

كوبار

إبزيراتان-هيدروكلوروتازيد



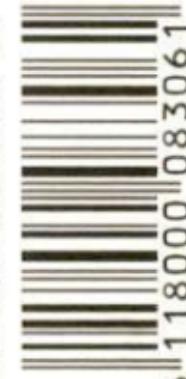
مبلغ
125 / 300

عن طريق الفم

أقراص ملبدة

28 x

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
 28 comprimés pelliculés



6 118000 083061



مدة صباح زوال مسأء

LOT : 210478
 EXP : 03/2024
 PPV : 158,000H

كوبار

إبزيراتان-هيدروكلوروتازيد



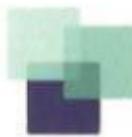
مبلغ
125 / 300

عن طريق الفم

أقراص ملبدة

28 x

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
 28 comprimés pelliculés



مدة صباح زوال مسأء

LOT : 210478
 EXP : 03/2024
 PPV : 158,000H

كوبار

إبزيراتان-هيدروكلوروتازيد



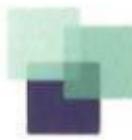
مبلغ
125 / 300

عن طريق الفم

أقراص ملبدة

28 x

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
 28 comprimés pelliculés



مدة

صبح ☀ زوال ☀ مساء ☀

LOT : 210478
 EXP : 03/2024
 PPV : 158,000H

كوبار

إبزيراتان-هيدروكلوروتازيد



مبلغ
125 / 300

عن طريق الفم

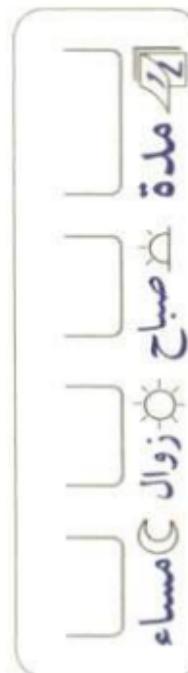
أقراص ملبدة

28 x

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
 28 comprimés pelliculés



6 118000 083061



COOPER
PHARMA

بلهزول®

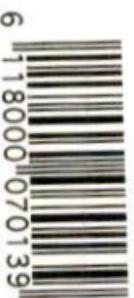
أوميبرازول

20 ملخ



BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



28 برشامة

عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00