

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.

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° W21-697441

120784

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8267

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALI B. SAOUHIS

Date de naissance : 05-05-68

Adresse : CASABLANCA TOWN WEL 11 km 11 115 05

Tél. : 06 21 21 73 58

Total des frais engagés :

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. H. CHOUFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE - CASABLANCA
152. Bd El-Hamed - 20000 - Tél. : 05 22 24 37 41 - Fax : 05 22 24 37 40
Tél : 0522 24 37 41 - Fax : 0522 24 37 40

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p> <p>DOCTEUR HANANES</p> <p>HEMATOLOGIE</p> <p>ONCOLOGIE PEDIATRIQUE</p> <p>Montant de la facture</p> <p>152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA</p> <p>Tél : 0522 24 37 41 ou 24 81 61</p> <p>Fax : 0522 40 40 70</p>	
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>	<p>Date</p>
<p> pharmacie laplaza</p> <p>MOULNAKHER PHARMA</p> <p>Tél : 05 22 59 09 97 (06 66 74 74 93)</p>	<p>30/03/22 245,10</p>

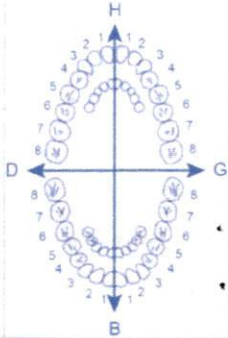
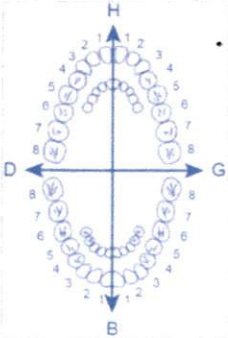
[illegible][illegible]

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



091042291

2/7/22

ن. 200 hLn 88 28/02

pharmacie
lapotza
MOULNAJIA PHARMA
Tél : 06 22 59 09 87 / 06 65 74 74 62

D Aug 56,30

28.00

2x49,60

for 4

1 Aug/ser

24

286

1 Aug/ser 26

2620

286

286

63.40

2

1 Aug + 2 / 1 86

T=245.10

الدكتور الزوبير الشفاعي
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Boulevard Ba hmad - Casablanca
Tél : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE



1

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

10

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

4

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K23D
EXP: 11/2023

ACFOL[®] | 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14222002
PER: 01/2026
PPV: 26,20 DH

28
Comprimés
Voie orale

63,40