

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- La 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060060

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1699 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELMIR SALAH
 Date de naissance : 01-07-53
 Adresse : LOT AL MOUSTAKBAL N° 55 Sidi Maarouf
 MARRAKECH CASABLANCA
 Tél. : 0661232860 Total des frais engagés : 568,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Imane DARI ep Benghanem
 Pneumophtisiologue-Allergologue
 Rondpoint al Mostakbal, angle al Qods
 RC 1029 2ème etg N°8 Sidi Maarouf
 Casablanca Tél. 05 22 20 45 45
 Date de consultation : 02/07/2022
 Nom et prénom du malade : BELMIR SALAH Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchopneumonie
 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 : 02/07/2022
 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
01/07/22		01	260 sur	Dr Imane DARI ep Benghanem Pneumophtisiologue-Allergologue Rondpoint al Mokkhal, angle al Gods PC 1029 2ème Etg N°8, Sidi Maarouf Casablanca. Tel 05 22 42 49 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OUAZZANI AL MOUASSANI Chahidi El Ouazzani N°10 Diplôme de l'ULG, Belgrade 78, Lot Al Mokkhal Sidi Maarouf Casablanca. Tel 05 22 42 49 40	01/07/22	313,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

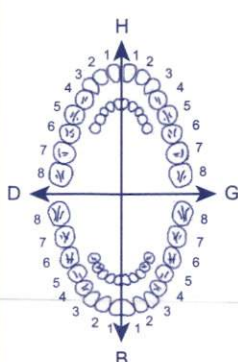
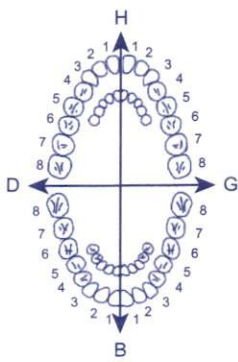
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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

Dr. Imane DARI ep. BENGHANEM

Médecin Spécialiste

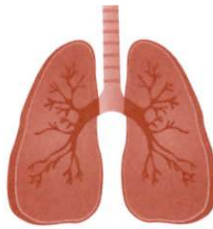
Pneumo-phtisiologue Allergologue

Test cutanée d'allergie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Radiographie des poumons

Adultes - Enfants



الدكتورة إيمان داري بنغانم

طبيبة اختصاصية

الأمراض الصدرية و الحساسية

التحليلات الجلدية للحساسية

فحص الوظيفة التنفسية

الفحص بالأشعة

الكبار - الأطفال

Casablanca, le :

01/07/2022

البيضاء في :

MR BELGIR HAZAH

UT.AV. : 12 2023

P.P.V.

79 90

LOT N° : FW5713

09366030/4

PPV: 140,90 DH
LOT: 21K16
EXP: 11/2023

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2025
LOT 1D057 47



PPV: 21DH50
PER: 07/23
LOT: K1968-1

2 - الطابق 8، الشقة رقم 8، شارع القديس، شارع أبو بكر القادري و شارع القديس، الشقة رقم 8، الطابق 2

سيدي معروف، الدار البيضاء، الهاتف : 05 22 58 49 43

Rond-point Al Moustakbal Angle Bd Aboubaker EL Kadiri et Bd El Qods,
Rés. Collaboration 1 Appt N° 8 2ème étage, Sidi Maarouf - Casablanca Tél 05 22 58 49 43