

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



Déclaration de Maladie

M22- 0018855

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3521 Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :



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] :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0018855

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

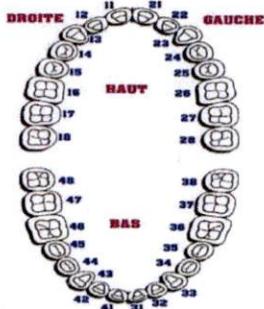
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

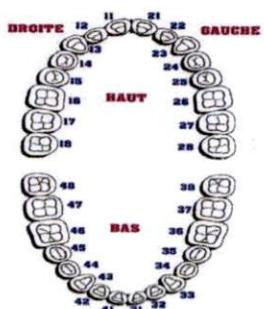
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° W18-405856

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-405856

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom *Bouhia Saadie*

Fonction : *T* Phones: *0662649889*

Mail

MEDECIN Prénom du patient *Bouhia Saadie*

Adhérent Conjoint Enfant Age *70 ans* Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Diabète insulino-dépendant

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

250 DH

PHARMACIE	Date : <i>10/07/2012</i>
-----------	--------------------------

Montant de la facture

2497,60

210,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES	Date :
----------------------------	--------------

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date :
----------------------	--------------

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

59255240

SAANDA MED

LE 29/09/2012

INP

05 22 38 21 70

CACHET

CACHET



Casablanca le: 19/07/2022.

Mme BOURKIA SAADIA

1/ LANTUS SOLOSTAR

24ui le soir

2/ NOVORAPID

8-6ui matin 10ui midi 6ui soir

3/ GLUCOPHAGE 850

1cpx2/j après repas

4) Temps tec 5mp

Dr. EL ALAMI
Spécialiste En Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
162, Route Ouled Ziane - Casablanca
Tél.: 05 22 82 25 41
INP : 091028480

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat, R.P.T.
Ain Sébaâ 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



6118001081615

Dr. EL ALAMI Lamya
Spécialiste En Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
162, Route Ouled Ziane - Casablanca
Tél.: 05 22 82 25 41
INP : 091028480

زناد اسنان
PHARMACIE 162
Mme. L.G.M. Deuzi
Pharmaciene
86, Bd. El Joudia Salmia 1
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 82 25 41

Sur RDV بالموعد

162 طريق أولاد زيان، الطابق 3 ، لاجيروند قرب شركة إيكبيل ، الدار البيضاء
162 Route Ouled Ziane, 3^{ème} étage, Quartier La Gironde près de la société Aiguebelle,
Casablanca - Tél.: 0 522 822 541



Casablanca le: 19/07/2022

Dr. EL ALAMI
Spécialiste En Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
162, Route Ouled Ziane - Casablanca
Tél.: 05 22 82 25 41
INP : 091028480

70,00 x 3

BANDELETTES GLYCÉMIQUES

1u/j x 5/j

AIGUILLES 6MM POUR STYLO À INSULINE

70,00

1x2/j

LANCETTES

1x2/j

210,00

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 3 MOIS

PEN NEEDLES

MEDifine

SAIDA MED
Bd. El Oued Ziane 162, Casablanca
Tél: 05 22 55 95 15 / 05 22 59 47 47

Dr. EL ALAMI Lamyaa
Spécialiste En Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
162, Route Ouled Ziane - Casablanca
Tél.: 05 22 82 25 41 56, Bd. El Soulaie Salmia 11
INP : 091028480

PHARMACIE SIDI OTHMANE
Bd. El Soulaie Salmia 11
Pharmacie
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 38 55 22

Sur RDV بالموعد

162 طريق أولاد زيان، الطابق 3 ، لاجيروند قرب شركة إيكبيل ، الدار البيضاء
162 Route Ouled Ziane, 3ème étage, Quartier La Gironde près de la société Aiguebelle,
Casablanca - Tél.: 0 522 822 541

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DH

8-9670-73-270-2



57,00

57,00

57,00

45,20

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

45,20

45,20



SAIDA MED
Vente Matériel Medical et Chirurgical

S.A.R.L

Facture N°: 202200683

BOURKIA SAADIA

Date	Client	Page
20/07/2022	34210002	1

REFERENCE	QTE	DESIGNATION	P.U HT	Montant HT
A00064	3	BANDELETTE BIONIME 25	58,33	175,00

SAIDA MED
Bd Joulane N°78 Bis Hay Al Mansour
Tél: 05 22 59 95 15
Casablanca

MT HT	TAUX TVA	MT TVA
175,00	20,00%	35,00

TOTAL HT	Montant TVA	NET A PAYER
175,00	35,00	210,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Deux cent dix Dirham