

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0001697

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5403 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : JAWAB Leila Date de naissance : 26/11/62
Adresse : 2, Lot les Arènes, Résidence 21, 4ème n°15 Casablanca
Tél : 0661 173321 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2022

Nom et prénom du malade : JAWAB Leila 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 : Casablanca Le : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
27/07/2024	211		3090	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.7.24	712.70

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

AIRES

Le praticien est prié de préciser la dent

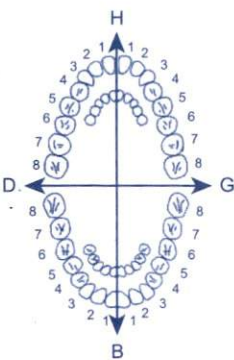
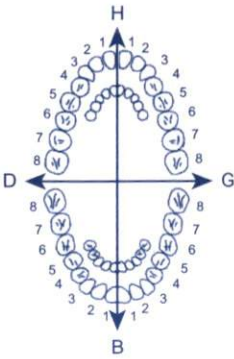
LOT: 211540
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

et la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas

canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Ne Soins	Coefficient
			<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1 Ain sebaa Casablanca Co-aprovel 150mg/12.5mg b28 P.P.V : 134.30 DH 6 118001 081028</p>
			<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1 Ain sebaa Casablanca Co-aprovel 150mg/12.5mg b28 P.P.V : 134.30 DH 6 118001 081028</p>
			<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1 Ain sebaa Casablanca Co-aprovel 150mg/12.5mg b28 P.P.V : 134.30 DH 6 118001 081028</p>
			<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1 Ain sebaa Casablanca Co-aprovel 150mg/12.5mg b28 P.P.V : 134.30 DH 6 118001 081028</p>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINA MA	<p>25533 000001 00000000 35533411</p>	<p>STILNOX 10MG CP PEL SEC B20 P.P.V : 56DH60 LOT : 21E006 PER: 09 2025 6 118000 061465</p>
			<p>STILNOX 10MG CP PEL SEC B20 P.P.V : 56DH60 LOT : 21E006 PER: 09 2025 6 118000 061465</p>
			<p>STILNOX 10MG CP PEL SEC B20 P.P.V : 56DH60 LOT : 21E006 PER: 09 2025 6 118000 061465</p>
			<p>STILNOX 10MG CP PEL SEC B20 P.P.V : 56DH60 LOT : 21E006 PER: 09 2025 6 118000 061465</p>
			<p>STILNOX 10MG CP PEL SEC B20 P.P.V : 56DH60 LOT : 21E006 PER: 09 2025 6 118000 061465</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 27/07/2022

Mme LEILA JADIB

134.30x3
56.60x3
140, w
712.70
1) **CO-APROVEL Comprime Enrobe à 150 mg/12,5 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

2) **STILNOX Comprime Pellicule Secabte à 10 mg Bte 20 Comprime**

Prendre 1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

3) **OEDES Gélule à 20 mg Bte 28 Gélule**

Prendre 1 gélule le matin, pendant 1 mois

PHARMACIE EL PER
Nadia BENNIS
Angle Bd. Mohammed VI et Ali Abderrazak
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA

N° 10657
Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
Vo. Rue KADI LASS - MAËRIF
CASABLANCA