

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

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

129647

Déclaration de Maladie : N° P19-0000142

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13177

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benni's Zineb Date de naissance :

Adresse : bd Abderrahim benabdellah, Res Prestige Jerrachah, 0005

Tél. : 0662311855 Total des frais engagés : 547,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

MUPRAS

Cachet du médecin :

12 SEP. 2022

Dr MAACHOU EL MOUSTAPHA

Spécialiste en Médecine de Travail

MEDECINE GENERALE

Quartier Baladia, Rue CABI EL IRAKL 12 Bld

Tél/Fax : 0522 82 98 69

Date de consultation : 07/09/2022

Nom et prénom du malade : Benni's Zineb Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Toux, fièvre, rhume, articulations

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 : 07/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : Benni's

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/09/2022 | C | | 130,80 | <i>[Handwritten signature and stamp: MEDICAL PRACTITIONER]</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie de l'Oasis Mme R LAHLOU EL KATEB 64, Boulevard de Bouabid Tél: 05 22 25 39 74 | 07/09/2022 | 317,20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

ODF PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
|---|-------------------|
| H | 25533412 21433552 |
| D | 00000000 00000000 |
| | 00000000 00000000 |
| B | 35533411 11433553 |
| G | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

- فحص بالصدى
- تخطيط القلب الكهربائي
- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين
- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 07.09.2008

1. A = femme 2 mois

239.10 79.70 x 3

- A3dx 500g

1910 x 3 Jn

113

Pharmacie de l'Oasis
Mme R LAHLOU EL KATE
64, Boulevard A. Bouabid - Oas
Tél : 05 22 25 39 74

28.00

P = 1/2 Jn

113

19.60

80 ml sucre

T = 317.20

30.00

laree de 500g eff

SV

1/2 Jn

Dr MAACHOU EL Moustapha

SV

Dr MAACHOU EL Moustapha
Spécialiste en Médecine du Travail
Médecine Générale

الهاتف :

05 22 82 98 60

fax : 05 22 82 98 60

الfax :

Lot:
CIP: 3400931000679
Exp.: MO080191
08/2025



BOTTU SA
PPV : 28 DH 00



* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 *

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
PER : 12/2026
6 118000 010845



AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables



6 118000 040941

الكسير

79,70
PPV 79DH70
PER 01/2024
LOT 0204



PPV : 79DH70
PER : 08/24
LOT : K2146

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables



6 118000 040941

PARANTAL C 1000®

PPV 19DH60
EXP 03/2025
LOT 23023 4

PARANTAL C 1000®
10 Comprimés effervescents



6 118000 031765