

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.

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° W21-706714

132954

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

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 :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

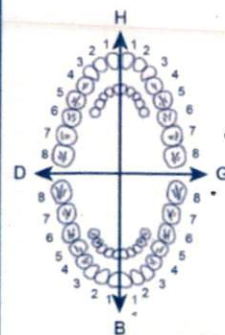
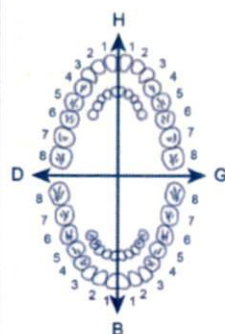
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/22	1,138,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

خبر لى المحاكم

CHAIBOUEN ^{خير لى لحاكم} ~~acid~~

Casablanca, le :

15-08-2022 الدار البيضاء

1952

191²⁰
x. Zivlo



2710

1 cp à quide

65,0

2. Injured 20



$\exists y$ la matrice

300

3. No doubt for 400


$$150^\circ \times 5$$

19x24

4. Co-Card'zok

2

40, 8 x 2

19/5

5. RELATION

x 2645

5 VITA
PARA PHARM

Pharmacie VITA - SARLA
TEL: 05 22 20 43 61
FAX: 05 22 20 44 61
pharmacievita@gmail.com
463, Bd Grégoire Rouquier
Val Fleuri - Maars - C.S.

دكتور سعيد الطرول
خبير لدى السجاء

طبيب محلف، خير مولى الشماخي
60، طريق مولاي الحسني
(قريب من مستشفى الحي الحسني
الدارالدين)

60, طريق مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH

كو-إيكارد®

إيززارتان - هيدروكلوروتيازيد



ملغ


125 / 300

عن طريق الفم

أقر اص ملبسة

28 x 

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés 

6 118000 083061

مدة 28 صباح  زوال  مساء

COOPER
PHARMA

LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH

كو-إيكارد®

إيززارتان - هيدروكلوروتيازيد



ملغ


125 / 300

عن طريق الفم

أقر اص ملبسة











28 x 

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés 

6 118000 083061


COOPER
PHARMA









 مدة 28 صباح  زوال  مساء

LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH

كو-إيكارد®

إيززارتان - هيدروكلوروتيازيد



ملغ


125 / 300

عن طريق الفم

أقر اص ملبسة









28 x 



CO-ICARD® 300mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés 

6 118000 083061


COOPER
PHARMA

مدة 28 صباح  زوال  مساء

Deva

زيفلوكس

Zivlox 400 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410034

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

LOT: M0624
PER: 09/2023
PPV: 195,20DH

مضاد حيوي
عن طريق الفم

7 أقراص ملبسة

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

107 2106 المنطقة الصناعية - الرياض - المملكة العربية السعودية

زيفلوكس

7 أقراص ملبسة

موكسيفلوكساسين 400 ملغ
مضاد حيوي
عن طريق الفم

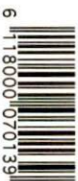
بلمزول[®]

أوهيسرازول

20 ملغ

BELMAZOL[®] 20 mg

28 gélules ○



6 118000 070139

28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00



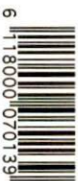
بلمزول[®]

أوهيسرازول

20 ملغ

BELMAZOL[®] 20 mg

28 gélules ○



6 118000 070139

28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00





- Pay Cash -
Reçu client



وفاكاش
Wafacash

Agence :CASA VAL FLEURIE (EM)

Opérateur :EM0165

Date heure :11/10/2022 17:04:53

N° Reçu :50435000493

Informations client :

Nom : MEDITEL EFACTURE
Prénom : MEDITEL EFACTURE

Informations Service/Produit:

N° Commande : 0520525517
Montant commande : 449,00DH
Frais de collecte : 0,00DH
Droits de timbre : 1,12DH
Montant à régler : 449,00DH

Signature client

Signature et cachet de l'agence WAFACASH

« Les droits de timbres liés à ce règlement en espèces ne sont pas inclus dans le montant total à régler, ils seront pris en charge par la société Berkeley systèmes (binga.ma) timbre payé sur états, Décision N°329 du 28/12/2012. »

Wafacash VOUS REMERCIE POUR VOTRE CONFIANCE

وفاكاش تشكركم على ثقتكم

ش.م. رأسمالها 35.050.000 درهم، المقر الاجتماعي 15 رفقة إدريس الحريزي . الدار البيضاء . الهاتف : 05.22.27.27.55 . الفاكس : 05.22.26.01.03 . س.ت. : 60809 . رقم الضريبة : 01084028 . البانانكا : 33251001 . الضمان الاجتماعي : 2113801
S.A. AU CAPITAL DE 35.050.000 DH - SIEGE SOCIAL 15, RUE DRISS LAHRIZI, CASABLANCA - TEL : 05.22.27.27.55 - FAX : 05.22.26.01.03 - R.C. : 60809 - I.F. : 01084028 - PATENTE : 33251001 - CNSS : 2113801