

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-700915

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13152 Société : RPA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mary Oussama
 Date de naissance : 14/10/1995
 Adresse : 1145 PaçoPPine Medina
 Tél. : 0661220343 Total des frais engagés : 212,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABDALLAH JADID
MEDECIN GENERALISTE
DIPLOME DE DIABETOLOGIE
604, ED ABDELKRIM KHATTABI DER. CHADAB
MOHAMMEDIA - Tél : 05 23 31 2 12

Date de consultation : 14/10/2022
 Nom et prénom du malade : Mary Oussama Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 16/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

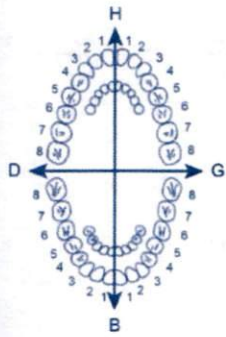
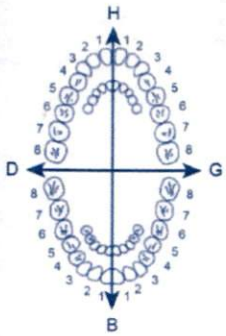
H. HAKANI

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
14/10/22			150	INP: 091050498

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14/10/22	14/10/22	105.67.20

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 canaux, 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

Dr. Abdallah JADID

Médecin Généraliste

DIPLÔME DE DIABETOLOGIE

(Faculté de Médecine Montpellier 1)

FRANCE



الدكتور عبد الله جديد

الطب العام

حامل دبلوم جامعي في داء السكري

(كلية الطب مونبيلي)

فرنسا

ORDONNANCE

Mohammedia, le 14/10/22 : المحمدية، في:

Mary Ousama

46.70
78.70

Oran

(25.10x6)

Prasid

(28.10x3)

Cypel 5/TS

(31.30x5)

(261.00x5)

Oran 2

Perdi
1067.20

PHARMACIE ANAJM SARL AU
Rég. Les Perles de Ben Triou
Ann. 2 N° 1 / 14430614

Maphar
Bd Akimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261.00 DH



Maphar
Bd Akimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261.00 DH



Maphar
Bd Akimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261.00 DH



Maphar
Bd Akimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261.00 DH



Maphar
Bd Akimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V : 261.00 DH



Dr. ABDALLAH JADID
MEDECIN GENERALISTE
DIPLÔME DE DIABETOLOGIE
Dr. ABDELKRIM KHATTABI DERB CHABAB
Mohammedia - Tél : 05 23 31 42 42
05 23 31 42 42

Rendez-vous le : موعدي في :

604. شارع عبد الكريم الخطابي، درب الشباب، العالية - المحمدية

الهاتف : 05 23 31 42 42 - Tél. : 05 23 31 42 42 - البريد الإلكتروني : jadisabdellah01@hotmail.fr

البريد الإلكتروني : jadisabdellah01@hotmail.fr - Mail : - استعجال : 06 61 06 39 03 - Urgences :

25,10

25,10

25,10

25,10

25,10

25,10

78,30

44,30

LOT 221348
EXP 05 2026
PPV 31.30

LOT 221348
EXP 05 2026
PPV 31.30

LOT 221348
EXP 05 2026
PPV 31.30

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca