

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

- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-768554

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02644

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

OKBA ABDELMALEK

Date de naissance :

30/04/1959

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0668982821

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/10/2022

Nom et prénom du malade :

OKBA - Abdelmalek

Lien de parenté :

Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Choléra

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 :

10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

26/10/2022	CP	100	100	INF: 091063214
------------	----	-----	-----	----------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/22	194,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/10/22			X		50,00

VOLET ADHERENT

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

					COEFFICIENT DES TRAVAUX											
					MONTANTS DES SOINS											
					DEBUT D'EXECUTION											
					FIN D'EXECUTION											
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>B</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS											
					DATE DU DEVIS											
					DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL

طبية

Docteur Abdellah FAKIR

Médecine Générale

- ECHOGRAPHIE

- ECG

- DIABÉTOLOGIE

- PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

النساء

Protenid® 100 mg/2 ml

Solution injectable IM

6 Ampoules



Coltrax® 2 ml

6 ampoules



VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



Casablanca, le 26/10/2022

Dr. OKBA Abdelmalek

Molendin 124/1

Coltrax 124/1

Melangeur
les deux aspects
des 6 en serig
124/1
165

60,40

2870

Molendin 100

124/1

Ucha 10 x 3/4

Calcium 124/1

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

POV 60DH40

EXP 05/2025
LOT 22015 4

194130

Av. Oum Rabia - Rés. Abouab Oum Rabia - Porte D - 1er Etage (en face Club RAM) Hay Hassani)

Casablanca - Tél.: 05 22 89 70 90 : الهاتف - Urgence: 06 61 74 94 83 : المستعجلات

Proferiid®

Kétoprofène

100mg/2ml

Solution injectable

Voie intramusculaire stricte

6 Ampoules

LOT 0206

PER 06 24

PPV 54.10 DH



LOT 086221

UT AV 06 2025

PPV 51.00 DH

كولظراكس

تيوكولشكريد