

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° P19-0039106

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3031 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. : 0666247016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : RAOUZ AHMED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ABCès du plex

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) :

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
2/12/22			CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/12/22	2644,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

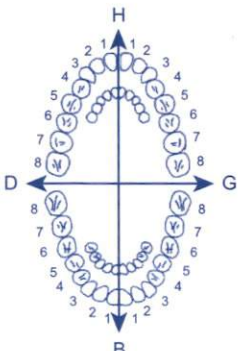
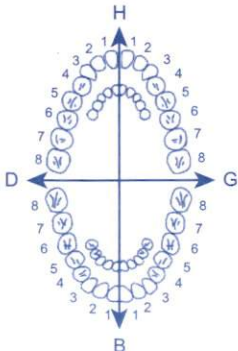
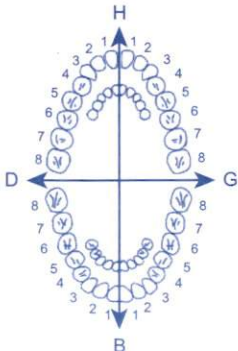
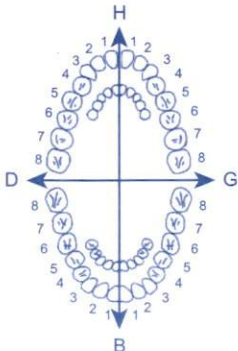
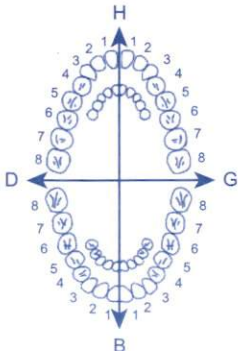
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
<div> <div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <div> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> </div> <div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
			H																	
	25533412		21433552																	
	00000000		00000000																	
	D		G																	
	00000000		00000000																	
	35533411	11433553																		
	B																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<div> <div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <div> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> </div> <div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
		00000000	00000000																	
35533411		11433553																		
B																				
				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



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس قيل

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431

Casablanca le 2/12/2024

Mr RACHA ABNEB

$$134,80 \times 3 = 403,80$$

(1) Fucidine 250

$$139,80 \times 2 = 279,60$$

(2) Zivlon 400

49,80

1 cpj à l'écoulement palt 50j

(3) Flagyl 500

$$239,00 \times 8 = 1912,00$$

(4) Tricexon 1g / 24h palt 8j

2644,30

Pr BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431



393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

RAOUZ AHMED
MLE: 3081

Touaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsenal-Rue Amyot d'Inville
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés

6 118001 200511
PPV: 134 DH 50



Touaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsenal-Rue Amyot d'Inville
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés

6 118001 200511
PPV: 134 DH 50



Touaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsenal-Rue Amyot d'Inville
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés

6 118001 200511
PPV: 134 DH 50



LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

PER: 06 2027
LOT: 22E016
CP PEL B20
FLAGYL 500 mg
P.P.V: 48DH60
5 118000 060062



LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-08-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-08-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH

LOT: S-09-3
PER: 09-2024
PPV: 239,00DH