

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050312

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12104 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARY Amin

Date de naissance : 25.08.1972

Adresse : 16, rue Mansour Dahbi, Apt 1

Mohammed

Tél : 0662370837 Total des frais engagés : 363,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN AGREE
Visite Médicale
Permis de Conduire
Mohammed - Tél : 0523 30 30 23

Date de consultation : 12.0 DEC. 2022

Nom et prénom du malade : DARY Amin Age : 40

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

Nature de la maladie : Rofu

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 : Mohammed

Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/12/2022

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

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
20 DEC 2022	C	I	1300	Docteur NAIM ABERRAHIM Médecin Agréé Visite Médicale Pemis de Conscience Mohammed - Tél: 0523 19 30 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/22	21360

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 :

Veillez 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														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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

Docteur NAÏM ABDERRAHIM

MEDECINE GENERALE

Ex. Médecin Chef du Service des Urgences

de l'Hôpital Moulay Abdellah

Expert Assermenté près les Tribunaux

الدكتور نعيم عبد الرحيم

الطب العام

رئيس قسم المستعجلات بمستشفى مولاي عبد الله سابقا

خبير محلف لدى المحاكم

20 DEC 2022

Mohammedia, le في المحمدية،

EFFIPRED® 20 mg

PPU 400H00
EXP 09/2025
LOT 20018 3

DARY AMINA



Zithromax

2 cp matin - 4-5



Effipred 20

2 cp matin - 4-5



Fibrax 80



Docteur NAÏM Abderrahim
Bd. des F.A.R. Rue Doukkala
Mohammedia

Tel : 05 23 30 30 23

شارع الجيش الملكي زنقة دكالة إقامة وليلي القصبة المحمدية - الهاتف : 05 23 30 30 23

Bd. des F.A.R. Rue Doukkala Immeuble Walili-Kasbah Mohammedia - Tél.: 05 23 30 30 23

فيتوراكس[®]

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية وزيوت أساسية
+ فيتامين C

للکبار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل

مُكوّن من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot : 220128
À consommer
avant le : 02/2025

PPC : 79,90 DH

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX[®] 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: 6 J 8 5 9 4

09366030/4

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
Sylachouchi - Pharmacie Responsable

PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3543