

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 059878

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2152 Société : ELOUA HI DILAKBIR

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARIE ABDELKADAR ZAHRAOUI

Date de naissance : 10/01/1972

Adresse : 7F 0522 57 58 72

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. H. SMILES
Médecine Générale
Jamila 5 Av. Dakhla Eté 50
N° 492 Cité Djemaâ - Casablanca

Date de consultation : 18/01/2023

Nom et prénom du malade : LAKBIR EL OUAHIDI Age : 51

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

Nature de la maladie : diabète HTA

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 : 18/01/2023

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
15/01/23	C	1	150,00	Docteur M. H. SMIRE <i>Médecine Générale</i> Jamila 5 Av. Dakma Et 3 5 N° 02 Cité Djemaâ - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/23	520,00

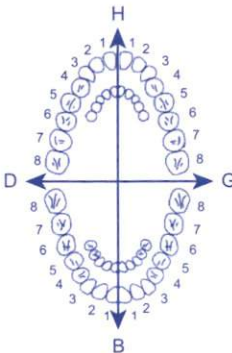
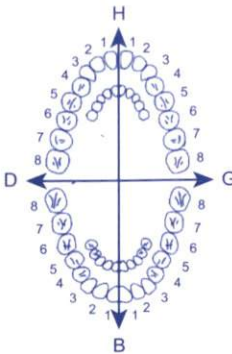
[illegible][illegible]

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					
					MONTANTS DES SOINS				
					DEBUT D'EXECUTION				
					FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX					
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553 B
	H 25533412 21433552 00000000 00000000								
	D	G							
	00000000 00000000 35533411 11433553 B								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

H

25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

B

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**MONTANTS
DES SOINS**

**DATE DU
DEVIS**

**DATE DE
L'EXECUTION**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR.Mohammed H. SMIRES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé d'Echographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

492, Bd, DAKHLA - Jamila 5

Cité Djemâa- CASABLANCA

Téléphone : ~~05 22 37 24 11~~

الدكتور محمد حسن اسميرس

خريج كلية الطب بنانسي

حائز على دبلوم في التشخيص العلمي

بالصدي من كلية الطب بمونبولىي

492. شارع الداخلة جميلة 5

قريه الجماعة - الدارالبضاء

الهاتف : ~~05 22 37 24 11~~

06 73 47 24 14

Casablanca, le

الدار البيضاء في

18/01/2023

Dr. M. H. SMIRES

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

XERIUM® 20 mg 28 Comprimés sécables

PPV 123DH20
EXP 04/2024
LOT 1D059 3

PPV 123DH20
EXP 04/2024
LOT 1D059 3

83,70

37,00

Docteur M. H. SMIRES

Médecine Générale

Jamila 5 Av. Dakhla Rue 50

N° 492 Cité Djemâa - Casablanca