

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

M22- 0053386

152480

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10295 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAOU BOURAZA
Date de naissance : 21/01/1958
Adresse : Bloc 14 N° 07 Hay Lania Hay Mohamed
Casse
Tél. : 0662394825 Total des frais engagés : 969,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN
79, Av. Colonel Akid Allam 1er étage
(en dessus IMCE) Boumazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 12 41

Date de consultation : 5 Mars 2023
Nom et prénom du malade : Rachid Sair Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + Affection rénale
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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
06 Mars 2023		c	600.00	Dr. Rachid SAIR MEDECIN 73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage (en face de l'IMCF) Bournazai - Casablanca Tél : 05 22 72 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur



Date

Montant de la Facture

6.3.23

760.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

cod 0920094

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

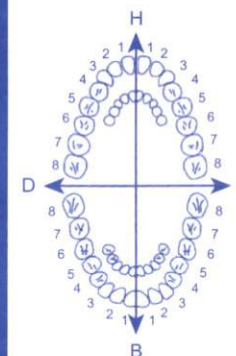
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

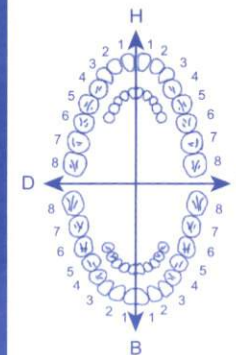
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

SNW

2880
230
230



76060

LOT 221671
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT : 0872
PER : 06-24
P.P.V : 63 DH 00

LOT 221671
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT : 5711
PER : 12-25
P.P.V : 111 DH 00

LOT 221671
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

TOUTES VOIES

PPV : 40DH00
PER : 02/26
LOT : M234

PPV : 45DH80
PER : 12/25
LOT : L4178

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN
73, Av. Colonel Akid Allah 1er étage
(en dessus FMCE) Bournazel - Casablanca
Tel : 05 22 72 22 22

BRONCHATHIOL®
Carbocistéine 5%

31, 20

PPV 28.00
PER 12/25
LOT 221671

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH



gastrogel®
Boite de 40 comprimés

PPV: 15,30 DH



6 118000 190455

mg

LOT 22004
PER JUN 25
PPV 57DH18

PPV
LOT
PER

28, 80



Dr. Rachid SAIR
MEDICIN
73, Av. Colonel Akil Allah 1er étage
(en dessus DMCE) Boumazal - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 47