

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, extractifs 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.

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****M23-002789**☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2482 Société : 160451
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABEL Abdelhauid
Date de naissance : 18.04.52
Adresse : 23, Rue Hassan Habib. CAS - Hôpital
Tél. : 0661 31 15 42 Total des frais engagés : 1850,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 12 MAI 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : 12/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MERCURE Docteur Selma EL WOROUD 2 Rue Worooud - Casablanca Tél: 0522 27 46 26	12/5/23	1850,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES


Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.  6 118001 090280		Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.  6 118001 090280	Maphar Bd Alklima N° 6, QI, Sidi Bernoussi, Casablanca Forxiga 10 mg cp pell b28 P.P.V. : 410,00 DH  6 118001 185023

Cachet et signature du Praticien

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14
 640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

 6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14
 640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

 6 118001 020591

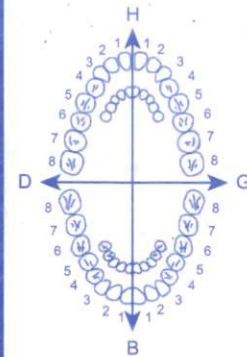

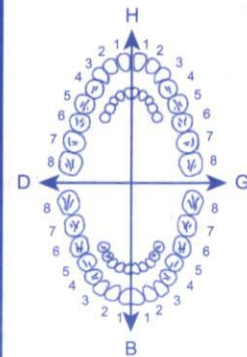
SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14
 640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

 6 118001 020591

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 																	
MONTANTS DES SOINS																	
DEBUT D'EXECUTION																	
FIN D'EXECUTION																	
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
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



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

FACTURE

Page :1

Client :

ADEL ABDELHAMID

N° FAC

Date :

73,40

73,40

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
FORXIGA 10MG	1	419.00	419.00
JANUMET 50/1000 MG 56 COMP	1	437.00	437.00
EXFORGE 10/160 MG/28 COMP	2	273.00	546.00
CARDIO ASPIRINE 30 COMPRIMES	2	27.70	55.40
SIMVACOL 40MG/28 COMP	2	73.40	146.80
INEXIUM 20 MG/14 COMP	3	82.10	246.30

Pharmacie MERCURE
Selma TAZI
Docteur en Pharmacie
2 Rue Al Woroud - Casablanca
Tél: 0522 27 46 26

611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH

611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg
26 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Total TTC = 1850.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE HUIT CENT-CINQUANTE- DHS 50 CTS

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL:0522274626

TP: 34207111 IF: 53574612 RC: 570891 CNSS: 1513648 ICE: 003216012000039 INPE: 092042365