

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

- Reclamation : 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

162906

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005798

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

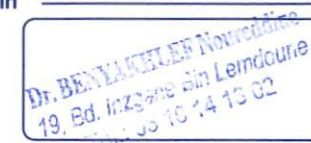
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000313 Société : RAT
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VENTE D'ARTS AGRIC
 Nom & Prénom : EL OUAFI ZAHRA Date de naissance : 01/01/1980
 Adresse : Boudouane Rec 46 N°18
 Tél. : 02221798 Total des frais engagés : 1002,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/05/2023
 Nom et prénom du malade : EL OUAFI ZAHRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + diabète
 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 : CASABLANCA Le : 29/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>22</p> <hr/> <p>05</p> <hr/> <p>23</p>	<p>892.70</p>

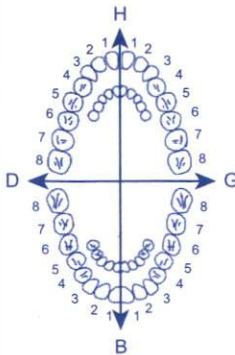
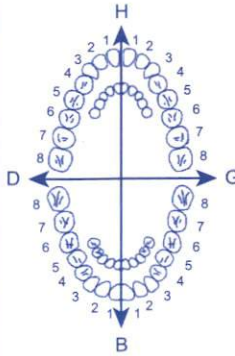
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

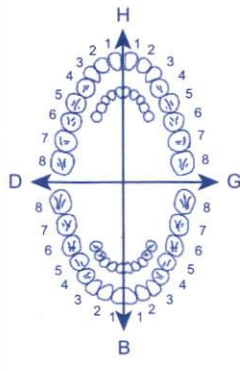
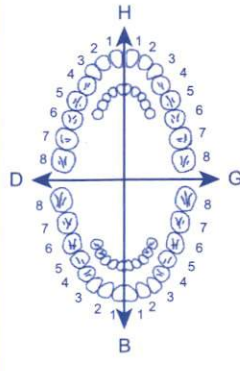
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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 L'EXECUTION

Docteur Benyakhlef Noureddine

Omnipraticien

Diplome d'echographie Générale

Diplome d'expertise médicale

Diplome de Sénologie

Electrocardiogramme

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور بنيخلف نور الدين

الطب العام

شهادة الفحص بالصدى

شهادة الخبرة الطبية

شهادة أمراض الشدي

الفحص الإلكتروني للقلب

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

Casablanca, le : 22/05/2023

El MAG' Zohr

264.3°

Xedilol 20g (n.3)

88.1° 4/3

444.8°

Covartex 80/12 (n.3)

148.4°
27.8° 4/3

65.4° Asepia 100 (n.3)

14/06/2023

15/1/1
Sulfonamide G.S

29.2° 17/1

75852.2

LOT: L2200503
EXP: 09/2024

PPC
79.00 Dhs

SLAOU Rachid
Pharmacie ANDALOUS
Tél: 05 22 21 17 85

19 شارع انزكان بيجي (فوق مقهى عبد المومن) - الدار البيضاء

19, Bd Inzagane, Binelamdoune (au dessus du café Abdelmoumen) casablanca

Tél: 05 22 50 56 15 / Gsm: 06 10 14 13 02

LOT : 22E002
PER : 03 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 22E002
PER : 03 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 22E002
PER : 03 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° : 215/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021773

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° : 215/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021773

Co-Vartex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 76/16 DMP/21/NNP
6 118000 023012

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° : 215/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021773

Co-Vartex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 76/16 DMP/21/NNP
6 118000 023012

Co-Vartex® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 76/16 DMP/21/NNP
6 118000 023012

448,00

→ 88,10

→ 48,00

↓
88,10

→ 48,00