

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- 0051294

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

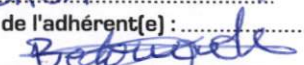
Matricule : 6184 Société : 268354
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BELOUAD, RACHID
Date de naissance : 27, 11/1957
Adresse : 27, Rue AL BAHAA SENJARI (MAARIF)
Tél. : 066165617 Total des frais engagés : 394 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 13 / 07 / 2023
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 :
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

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
13/07/2023			6	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Dr DAMOU MERIEM Oncologie Médicale 090061862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

13/07/23	394,00
----------	--------

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

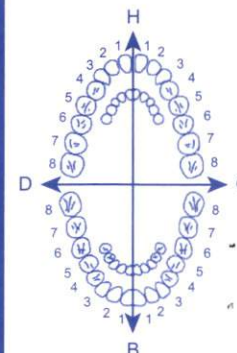
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

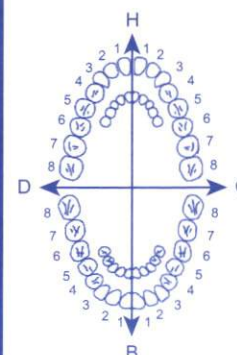
FIN D'EXECUTION

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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

13/07/2023

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
240, Bd Brahim Rouadar
ROUTE D'EL JADIDA
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 4

M^{re} BELOUADI Rachid

- AS Ouset 8mg cp 323,00
1 cp x 21 j , 15 min avant repas x 03 jrs
- Cotipred 20mg cp 48,50
3 cp en une prise le matin x 03 jrs
- AS Ouniz 20mg gel 22,50
1 gel le matin , 30 min avant repas x 07 jrs
- AS Bicarbonate de soude en bain de bouche
4x6 x 1 j

394,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. DAMOU MERIEM
Médecine Interne
011001234567

EXP : 03/2025
N° de lot 367

10 Compr

NOVOPHARMA

LOT

UT.AV

P.P.V

323.00

ONSET[®]-8

ONDANSETRON 8 mg
HCL



ONDANSETRON HCL + Grossesse
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer sans contraception sauf en l'absence

بريدنزون
(ميتا سلفونيزوات صوديوم)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابل للكسر

وحدات حسية مقاومة للمعادن المعدنية

كسولات
عن طريق الفم

7

LOT : 5831
PER : 12-25
PPV : 22DH50

g.s.p. i comprim

effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métsulfobenzolate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications contre indications, excipients à effet notoire : voir notice.

PPV : 48DH50

PER : 11/24

LOT : K3010

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Almorabá - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable