

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

1899228

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031068

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Dersi Milouda

Date de naissance : 01/01/1976

Adresse : 55 Hay Salim Bouznika

Tél. : 06 75 42 39 95 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Zineb Elbakkouri

Date de consultation : 01 DEC 2023

Nom et prénom du malade : MERLOUDA DERS

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD

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 : Bouznika Le : 01/12/2023

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
20 Dec 2023	S		120511	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

20.12.23

133.90

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

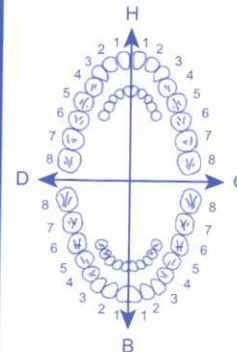
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

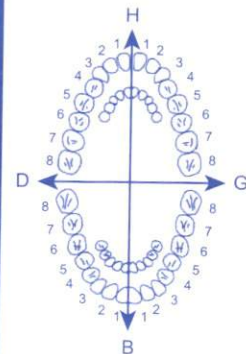
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Coefficient DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZINEB ELBAKKOURI

Médecin Générale

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

الدكتورة زينب البكوري

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

-Echographie

-Eléctrocardiographie

-Diabète et hypertension artérielle

-Suivi de grossesse

- الفحص بالصدى

- التخطيط الكهربائي للقلب

- السكري و الضغط الدموي

- تتبع الحمل

Ordonnance

Le 10 DEC 2023

MIKOU DA

DERSE

6K.8c

① - Rancephaz



1cby

34.0c

② - Duseaul



1ga2y

3e.100

③ - Difalio



1suffel

1.100.9c

Pharmacie de la Famille
Dr. EDDAKICH Hanane
N°4, Hay Ouhmane - Bouznika
Tél : 0537 74 55 51

Dr. Zineb Elbakkouri
Médecine Générale
Al Anzarane, Bir Anzarane
Tél : 05 37 74 54 86

203, Hay Al amal, Boulevard Bir Anzarane, 2ème Etage; Bouznika

203, حي الأمل، شارع بئر انزران، الطابق الثاني، بوزنيقة

Tél : 05 37 74 54 86 - Email : Dr.elbakkouri@gmail.com

10117

PPV: 64 DH 50

6 118000 1300792
RANCIPHEN® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale

6 118000 190363
DIFAL®
Boîte de 10 Supra-tablets
P.P.V. 32.40 DH

3700

5005 10XONG
Boîte de 20 comprimés
6 118000 120735

DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés
6 118000 120735