

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 radlos 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

- 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 - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-836313

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Bazi Oub

Date de naissance : 17-03-1952

Adresse : Benjour - Rex 2 Doha n° 26

Tél : 0522391697 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fouad TAZI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Spécialiste en Implants
45, Rue Atlas Maroc Casa
Tél: 0522 98 20 94-0522 98 20 95

Date de consultation : 13-02-2024

Nom et prénom du malade : M^{re} El Bazi Regina Age :

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

Nature de la maladie : consultation

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'atte-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je c
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) : Le :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-836313

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 2055

Nom de l'adhérent(e) : Deukste Re

Total des frais engagés : 200.00

36.40

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
	13.02.2024	82,00
	13.02.2024	36,40

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		consultation 20,000	D 5		COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANT DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Implantologie & Orthodontie
Diplômé de la FMDM



الدكتور فؤاد التازي

طبيب اختصاصي في جراحة الغم و الأسنان
إختصاصي في زرع و تقويم الأسنان
للصغار و الكبار

Casablanca le : 13/02/24

Nom : Me EL BAZI REGINA

51,40

1 / amoxil 1g



1 comprimé 2 fois par jour pendant 6 jours

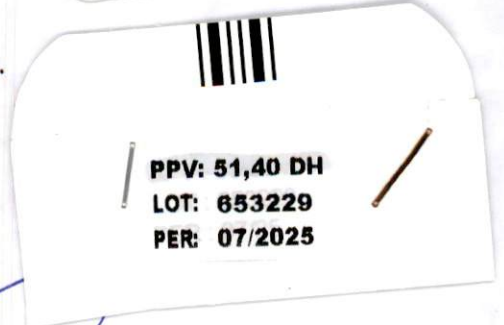
30

2 / Nalgesic



1 comprimé 3 fois par jour pendant 4 jours.

T = 82,00



Dr. Fouad TAZI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Spécialiste en Implantologie
45, Rue Atlas Maârif-Casa
Tél: 0522 98.20.94-0522.98.20.95



Pharmacie SIDI EL KHADIR - Casablanca

Omar El Fidaoui

0522913046

1367.RUE MY BOUCHAIB REDDAD .DERB JAMILA HAY HASSANI , CASABLANCA



Facture N° 20240213-558

Date de vente : 13/02/2024
Médecin traitant :

Mme EL BAZI REGINA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
KOPRED CO 20MG B20 COMP EFFER	1	36,40	Exonéré (0.00%)	36,40

Total HT	36,40 DHS
TVA	0 DHS
Total	36,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trente-six DHS et quarante centimes



PHARMAS 5

LOT: 4975
PER: 06-26
PPV: 36DH40

IF: 51427250 TP: 35005980 RC: 209632 ICE: 001680945000009
Tel: 0522913046 RIB: 190780212111192043000155
Adresse: 1367.RUE MY BOUCHAIB REDDAD .DERB JAMILA HAY HASSANI , CASABLANCA