

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie : N° P19-0019279

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 687 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU SAID Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 07121314 Total des frais engagés : 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 :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 



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.

Diagnostique 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
				Coefficient des travaux															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553			Date du devis
	H																		
	25533412	21433552																	
00000000	00000000	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction)			Fin de																
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			

Visa et cachet du praticien
ajustant le devis

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339860	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

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

W18-339860

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 687
Nom & Prénom		LAMLOU SMO
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Episode infectieux buccal		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	C	200,-
PHARMACIE	Date	06/08/19
Montant de la facture	889,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 06/08/19
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
100,-	100,-	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Docteur Mohammed Bouayad

Diplômé Faculté de Médecine de Nancy-France

Spécialiste

Des Maladies

de l'Appareil Respiratoire

et de l'Allergie Respiratoire

et de l'Allergie Environnementale

et de l'Allergie de sommeil

et de l'Allergie Respiratoire, Tuberculose -

et de l'Allergie de sommeil

PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

Fès. le..... فاس. في:

06/08/2019

M. LAHLOU SAID

الدكتور محمد بوعياض

ب.إ. - فرنسا.

في جهاز التنفسي

في جهاز التنفسي

في جهاز التنفسي

في جهاز التنفسي

في جهاز التنفسي

في جهاز التنفسي

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



PPV: 168,20 DH
LOT: 605697
PER: 06/20

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



PPV: 168,20 DH
LOT: 605697
PER: 06/20

1. MEZOR 40 mg gelule

01 gelule/jour, avt petit déjeuner, 01 mois

2. SERETIDE 500µg diskus

1 bouffée, matin et soir, 01 mois

3. AUGMENTIN 1g sachet

01 sachetx3/jour, au cours repas, 10 jours

Pharmacie
MOURCHID
Dr. Boubker MOURCHID
2.Bd. TADHIA - Narjis C - F
INPE : 14202863

EXP. 03 2020
Lot Fyol

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH
ID : 608213
6 118001 141111

Urgence : 0661 14 72 28

38. عمارة التلمساني، شارع محمد الخامس فاس (المتجر الجديد أوديربي) الفاكس: 05 35 94 06 66 / الهاتف: 05 35 93 23 73

38, Imm. Tlemçani, Boulevard Med V - Fès

C: 05 35 93 23 73 / Fax: 05 35 94 06 66

Docteur Bouayad Mohammed
Pneumologue
38, résidence Tlemçani
AV Mohammed V Fès
Tél : 0535 93.23.73
Fax : 0535 94.06.66

Fès le : 06/08/2019

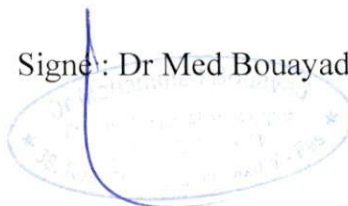
COMPTE RENDU

Identité : Mr LAHLOU SAID

Radiographie thoracique de face :

✓ **Syndrome Bronchique des deux bases**

Signé: Dr Med Bouayad



Docteur Bouayad Mohammed

Pneumologue

38, résidence Tlemçani

AV Mohammed V Fès

Tél : 0535 932373

Fax : 0535 940666

Fès le : 06/08/2019

Facture N° : 0635/19

Identité : Mr LAHLOU SAID

Consultation : 250,00 DHTTC

Radio thoracique: 150,00 DHTTC

Total..... : 400,00 DH TTC

Arrêter la présente facture à la somme de quatre cents dirhams
toute taxe comprise

Signé : DR M Bouayad

