

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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

M23-002623

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société : 458586
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AZIZ Akellouche
 Date de naissance : 1978
 Adresse : Yammila 2 RM 15
 Tél. : 06616044 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 11/3/2023
 Nom et prénom du malade : AZIZ Akellouche
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : X maladie chronique
 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 : Casablanca Le : 11/3/2023
 Signature de l'adhérent(e) : AZIZ Akellouche

Autorisation CNDP n° : A-A-215 / 2013

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/3/2023		300 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/3/2023	700,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

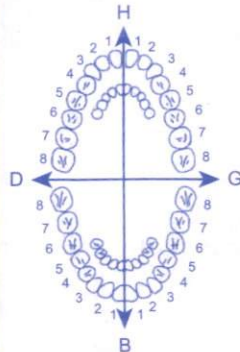
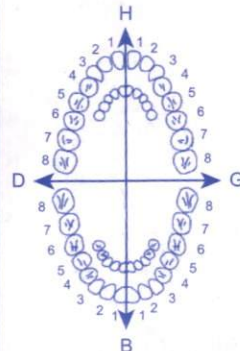
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Centre d'hémodialyse Al Qods

Docteur MORTAJIL F.
Spécialiste en
Néphrologie - Hémodialyse



091031864



C.H.Q.

الدكتورة الدوتجل فاطمة
اخصائية في أمراض الكلي
والكلية الإصطناعية



0900 62 050

11.3-2023

N° 17 A22 ASDELKADER

1) Ferplex tub 2mg
6000 x 6 1 tube 1
2) ofike 200 y 2 bnt
17000 x 2 2 x 1
70000

Dr. MORTAJIL Fatima
Specialiste En Néphrologie Hémodialyse
INPE 091031864 Q Mandarona, rue 25 N° 26.
Bd. Al Qods Ain Chock, Casablanca
Tél: 052 52 54 27 Fax: 052 52 54 19

FERPLEX® 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs
 6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs
 6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs
 6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs
 6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs
 6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs
 6 118001 440016

OFIKEN® 200 mg ○
 Céfixime
 Boîte de 16 comprimés
 Remboursable AMO
 6 118000 022343

OFIKEN® 200 mg ○
 Céfixime
 Boîte de 16 comprimés
 Remboursable AMO
 6 118000 022343

LOT 223308
 EXP 09 24
 PPV 170.00 DH
 010807 000000000000

LOT 230443
 EXP 01 25
 PPV 170.00 DH