

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

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

N° P19- 0039785

159 39

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1575

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOULOU NED

Date de naissance : 20/12/49

Adresse : N°29, rue 1, ELOULFA- HAYWARD

HAY HASSANI

Tél. : 0623 329695

Total des frais engagés : 595,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

Date de consultation : 24/12/2019

Nom et prénom du malade : KHOULOU NED

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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) :

24/12/2019

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
24/12/19			2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/19	345,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

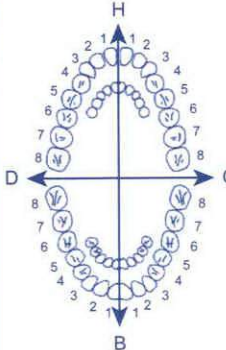
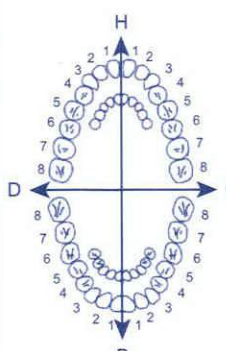
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'...

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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

PPV: 168.20 DH
LOT: 620050
PER: 02/21

ENCHI SAIDA

logue
et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



يرة

PHARMED
LOT: 2475
UT.AV: 04-22
PPV: 21DH00

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 24.12.19 في الدار البيضاء،

Dr. KHALOUJ

① Cotipred 20mg

49.50 3 g / matin à 20.1.15

② Segmentin

168.20

1 st + 21 i x 7

③ Segreen 200

55.40

1/2 + 3/1. apr 20

④ 200 20mg

52.80

1/2 + 21 i x 7

LOT 191187
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

LOT: 9MA170
PER: 04/2022
SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V: 55DH40
6 118000 060857

notice: voir notice

PPV: 48DH50
PER: 07-22
LOT: 11521

bottu
El Alfer de Casablanca - El Tabla - Casablanca
S. Rachachi - Pharmacien Responsable

21,00 (5) Febreol
1mg + 2mg. x 8

(6) Parcoub
1mg + 2mg

(7) Revital
1mg

Après
1mg + 2mg

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phyciologue et Allergologue
Résidence El Firdous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

PHARMACIE AL OUART
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Ouar
Tél / Fax : 05 22 89 53 43
CASABLANCA
Tél : 00154116900000

345,90

PHARMACIE AL OUART
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Ouar
Tél / Fax : 05 22 89 53 43
CASABLANCA
Tél : 00154116900000