

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.

Pathologie 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

62603

Déclaration de Maladie : N° S19-0005093

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6983 Société : R.A.M. Retraite

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUFI TAHAR Date de naissance : 17-07-1954

Adresse : ARD LAADASSI, Rue 6ème FC Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 442 10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2-3-2021

Nom et prénom du malade : Mohamed IMMA Age :

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

Nature de la maladie : Alzheimer

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 : 06/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19-0005093

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

23/12

15000

Dr. Mohamed BENKHA
Dentiste Diabète
Qued Ziz Fida Casablanca
Tél: 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE EL MILAL
BOUDDI Selwa
77 Rue Al Bachir Laalaj
Cité Plazaux Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - (C) 00151325000012

02
03
21

292,10

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

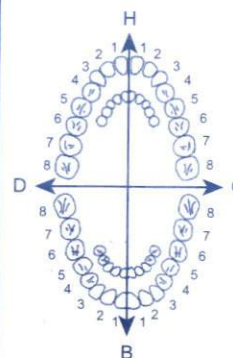
Coefficient

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]

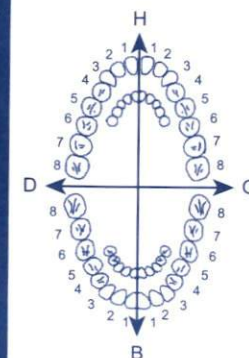
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

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



Casablanca le : : الدار البيضاء، في

02/03/2021

Monsieur RAOUFI TAHAR

15049

1) MELaxib

0 0 1

2) METEOSPASYL capsules molles

1 capsule 2 fois par jour

3) DCURE 100000

1dose par mois

4) JUVAMINE Ampoule Buvable

1 AB MATIN

5) BECIDOUZE cp

1 cp 2 fois par jour

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J26
EXP: 10/2023

1 Boite.

Avant le repas.

AMM N°2021/19 DMP/21/ACN
BIOCODEX MAROC
BP 126 NOUACEUR
PPV 68,00 DH

1 Boite.

Au milieu du repas.

1 Boite.

Au milieu du repas.

Docteur BENKIRANE ABDESSLAM

PHARMACIE ED HILAL
LABOUBDI Selwa
77 Rue Al Bachir Laâlaï
Casablanca 11
0522 25 46 05 - 0522 25 46 06

METEOSPASYL® 8 20 caps molles
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribue par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 180293

Abdellam BENKIRANE
Omnipraticien
5, Rue Oued Ziz Fida - Casablanca
Tél.: 05

20296 0623
INS LOT PER
PRIX 99-00
Instructions for use:
Use the content of the vial in a glass

ECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 09/2023
LOT 06008 5