

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le contrôle 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

Information : contact@mupras.com
En charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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 79 18 - www.n.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0034180

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00687 Société : 65084

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU SAÏD

Date de naissance : 20 02 43

Adresse : lot 16 AV SOUSA ZOUHRA 2021 FES

Tél. : 066801437 Total des frais engagés : Dhs

Signé :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 / 02 / 2021

Nom et prénom du malade : LAHLOU SAÏD Age : 77

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

Nature de la maladie : bronchite asthmatiforme

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 : 25 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/10/2021	C		6	



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

202028638	10-2-2021	951.00
-----------	-----------	--------

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

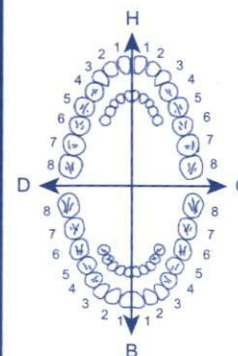
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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	

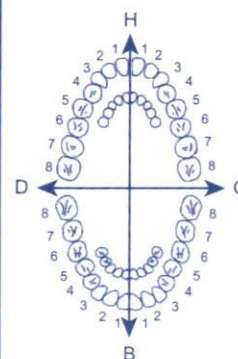
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Signé:

Le: 10 / 02 / 2021



Dr. SAGHROUCHNI Farouk

Dr. SAGHROUCHNI Farouk
Dr. FER MOU.
Dr. Fadila Narjiss
01.48.20

ORDONNANCE

LAHLOU SAÏD

1/ 168.20
AUGMENTIN 15

338.00 1.20 x 21 j x 8.
2/ SERENITE

3/ 336.20 1 dose x 21 j x 3
NASONE

4/ 4200 2 pailles x 1.
predni 2 - Tanganil® 500 mg
تاغانيل 500 ملغ

5/ 61.80 3 cp
A Earias

6/ 8.80 1 cp j
Fluxol

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168.20 DH
LOT: 623078
PER: 03/21



LOT: 073-2
PER: AVR 2021
PPV: 61 DH 80

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338.00 DH
ID: 634037
6 118001 141111

LOT N°:
UT. AV:
PPV (DH):

09887
30 comprimés - 51DH00
VTE: MA - PPV: 51DH00
6 118001 183340

4200

7/ 51.00 x 2.
TANGANIL



Ac p x 31 ; x 3 r

144.50

F/ 144.50
EU 20 L 2



Ac p j x 1 r

PPV (DH) :
LOT N° :
UT. AV. :

38,80

901.50



Signé :

Dr. SAGHROUCHNI Farouk

موكسول
امبروكسول

Tanganil® 500 mg
تاغانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص -
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



Pharmacie Mourchid
BOURKER MOURCHID
2 Bd Tadhia Narjiss C - Fès
☎ : 035.61.48.28