

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.

Diologie 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

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

N° P19- 054909

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 820 Société : 95505

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKIN MOHAMED

Date de naissance : 1943

Adresse :

Tél. : 06 75 60 16 15 Total des frais engagés : 823,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BELFAKIR ADIL
CHIRURGIE GENERALE
Bd du Nil Bloc 22. 1er étage
Sidi Othmane
Tél 0522 37.36.3

Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : Salis Fatma Age :

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

Nature de la maladie : althema + g. stuli

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) :

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
09/12/2015		5	573,80	BELFAKIR ADIL CHIRURGE GÉNÉRAL Rd du Nil Bldc 25 1er étage Sidi Othmane Tél 0522 37 36 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SARL A.U 102 Avenue "L" Cité Mabrouka Tél 05 22 37 04 38	09/12/15	573,80

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

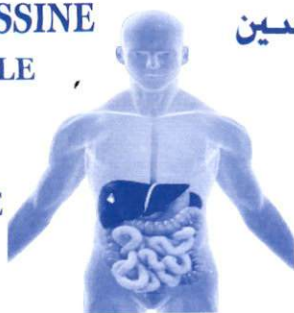
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr . BELFAKIR ADIL YASSINE

CHIRURGIE GENERALE

- CHIRURGIE DIGESTIVE
- CHIRURGIE ENDOCRINIENNE
- CÆLIO CHIRURGIE
- ECHOGRAPHIE



الدكتور بلقير عادل ياسين

الجراحة العامة

- جراحة الجهاز الهضمي
- جراحة الغدد
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدف

صيدلية كازا مبروكا
Pharmacie CASA MABROUKA
S.A.R.L. A.U.
178-180-182, Avenue L. Cité Mabrouka
Tél : 05 22 37 04 38

Fait ,le : 09/12/2021

LOT 201338
EXP 07/2022
PPV 144.50DH

Sahis Feha.

119,00 ① Stenor :
0 - 0 - 1.

144,50 ② Nezon :
1 gel x 21 → 147.

755 03 2021 03 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

65,10 ③ Ultraleve :
1 gel x 31.

34,40 ④ Dispairel :
1 b - 31.

LOT 210325
EXP 02/2024
PPV 34.40DH

126,00 ⑤ Cilentra :
1 b - 31.

PPV: 84DH80
PER: 05/24
LOT: K1476-2

84,80 ⑥ Prezan :
1 b - 31.

42, Boulevard du Nil, Bloc 22, 1^{er} étage Sidi Othmane - Casablanca - Tél: 05 22 37 36 35

05 22 37 36 35 الهاتف - الدار البيضاء - سيدي عثمان - الطابق الأول - 42, شارع النيل بلوك 22

E-mail : belfakiradil@hotmail.com - GSM : 06 44 88 62 04

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants
servir à l'abri de la lumière et de l'humid

STRENOV

P.P.C : 119 dh

Ut av: 07/24 Lot: 8113

BIOXPRT

BIOXPRT

www