

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W21-791119

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHOUKHA OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Appt 6 Tam S
Mofammedia

Tél. : 0613276095 Total des frais engagés : 251,3 Dh:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : M. Zaïr Marjan Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affecte ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

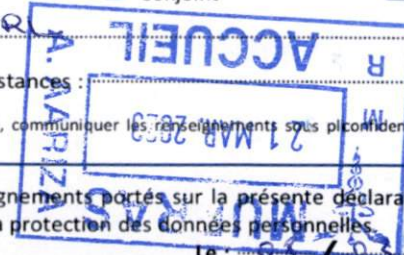
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Mofammedia Le : 03 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
07/07/23	C		Cachet	INP : 061176876

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.03.23	251.30
	08.03.23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

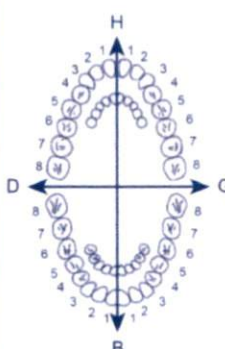
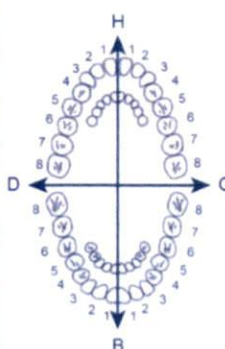
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

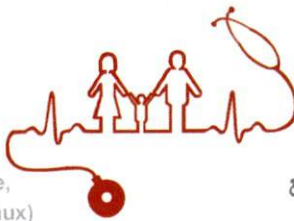
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Iman EL BAZ
Médecin Généraliste



د. إيمان الباز
طبيبة عامة

Diplôme universitaire en gynécologie,
suivi de grossesse et infertilité (Bordeaux)

دبلوم جامعي في طب النساء و تتبع
الحمل والعقم (بورديو)

Diplôme universitaire D'échographie (Rabat)
ECG - Cupping thérapie

دبلوم جامعي للفحص بالصدى (الرباط)
تخطيط القلب - الحجامة

Mohammedia, le 08/03/2023 في المحمدية.

Dr. EL BAZ IMAN
Médecin Généraliste
33, Bd Palestine, Riad 2 Alia
Tél. : 05 23 30 81 34

Mme. Zaïri Marian

222,00

1) Augmentin 5g



1 sachet x 3 j - 1 pt

15,30

2) Vitamine C 1000



1 cp j -

T = 251,30

14,00

3) Dolipren 1000



1 cp - 3 j -

Dr. EL BAZ IMAN
Médecin Généraliste
33, Bd Palestine, Riad 2 Alia
Tél. : 05 23 30 81 34

LAGRANT PHARMACIE
EL GUENNAJAT MOHAMMEDIA
BOULEVARD EL MARJAN
WAD EL GUENNAJAT MOHAMMEDIA
Tél. 05 23 30 10 10

LA GRANDE PHARMACIE
EL GUINJATI PHARMACIE
DOCTEUR EL MOHAMMEDIA
NARDA II BOU HASSAN II MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 32 01 10

PPV: 15DH00
PER: 02/26
LOT: M541

Doliprane® 1000 mg ○
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

PPU: 222,00 DH
LOT: 650804
PER: 08/24



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2025
LOT 2D0322

Vita C 1000® ○

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
24 sachets



6 118000 161042