

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0055289

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2458 Société : 181946

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Najia Khezzer

Date de naissance : 1956

Adresse : 20 passage 2 Tissir 2 Berrechid

Tél. : 0646562908 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak MECHAL
Médecine Générale
6 Bd de la liberté Tissir I
Berrechid - Tél : 05 22 32 52 87

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : Khezzer Najia Age : 67

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DNTD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 :/...../.....

Signé : l'adhérent(e) :
Signature du médecin :

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
01.11.23	C	1	150 DH	 Dr. Abdelhak MECHAL Médecin Générale 6 Bd de la liberté Tassir I Bordj - Tél : 05 22 32 52 87

01.11.23	C	1	150 DA	Dr. Abdelhak MECHAL Médecine Générale 6 Bd de la liberté Tassir I Blanchard - T.A. : 05 22 32 52 87
----------	---	---	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DU SOUK 87, Bd. Moulay El Hassan ALGER TEL.: 05 23 34 71 59 INP = M2101589	01/11/2023	1012,20

ou du Fournisseur		
Pharmacie DU SOUK 87, Bd. Moulay El Hassan Alger Tél.: 05 23 34 71 59 INP= M2101589	01/11/2023	1012,20

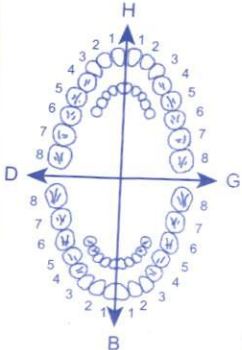
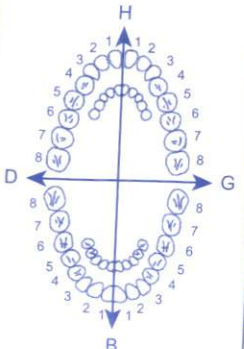
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

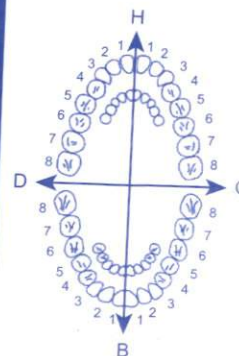
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION 						
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553	B
	H 25533412 21433552 00000000 00000000									
	D	G								
	00000000 00000000 35533411 11433553	B								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

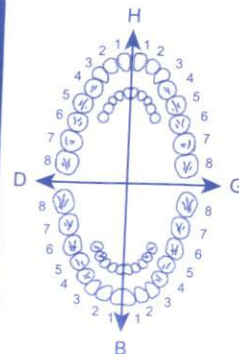
[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE		CœFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 23E002
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS 830
 P.P.V : 35DH70
 PER: 01 2025

LOT : 23E008
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS 830
 P.P.V : 35DH70
 PER: 04 2025

LOT : 23E002
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS 830
 P.P.V : 35DH70
 PER: 01 2025

LOT : 23E011
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS 830
 P.P.V : 35DH70
 PER: 06 2024

PHARMACIE GÉNÉRALE

Liberté - Tissir 1
 des Taxis Jakma)
 22 32 52 87
 061098281

الطبيب العام

شارع الحرية - حي التيسير 1 رقم 6
 برشيد - قرب طاكسيات جقمة
 الهاتف: 05 22 32 52 87

Nom : *Khezzer*
 Prénom : *Wajia*

Berrechid : *01-11-23*

$42,00 \times 6 = 252,00$

Glucovance 500/25

1 wpl. à prendre x 6 mois

$91,00 \times 6 = 546,00$

Statrol 20

1 wpl. à suivre x 6 mois

$35,70 \times 6 = 214,20$

Kardesic 160
1 sachet 1 fois par jour x 6 mois

$T = 1012,20$

Dr. Abdelhak MEDJAL
 Médecine Générale
 6, Bd de la liberté Tissir
 Berrechid. Tél : 05 22 32 52 87

Pharmacie RUJ SO
 67, Bd. Moulay El Hassan
 Asemmour
 Tél: 05 23 34 71 59



91,00

91,00

91,00

91,00

91,00

91,00

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg 
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg 
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg 
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg 
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg 
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg 
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 42.00 DH