

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0025757

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 277 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABOUZHOUA YER ABDELLOUHA
Date de naissance : 01/01/1937
Adresse : RUE BRAHIM NAKMAI RESIDENCE
26 HOUBOUB ADI BTG 1 NAADIF
Tél. : 265606142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 SEP 2019

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratique et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession										

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-122056	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W17-122056

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 877
Nom & Prénom ABOULHOU DA MED ABOULHOU DA		
Fonction RETRAILER	Phones 2856061142	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient ABOULHOU DA Mohamed	
Athérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age 82	Date 25.8.19	
Nature de la maladie gencives !!		
Date 1ère visite		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
5	300,2315	

PHARMACIE	Date 26/08/2019
Montant de la facture	193,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB

**Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif**

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France

Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif

Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie

Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب

**إختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي**

كبد، معدة، أمعاء، بواسير، حمية
الفحص بالمنظار والتلفاز، جراحة المخرج

خريج كلية الطب بـمـنـبـولـي، فرنسا

عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد

طبيب إختصاصي سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 26/08/2019

Mr ABLOUHODA Mohamed Abdlouaheb

79,10 x 2 ZETALAX
1 lavement deux fois par jour (pendant 5 jours)

OSMOSINE
1 à 2 cuillerée(s) à mesure par jour

34,00

PHARMACIE CROIX DU SUD
Mme JOUNDY
62, Rue Mohamed SEDKI
CASABLANCA
Tél: 0522 27 75 34 - Fax: 0522 20 80 27
193,00

Dr. Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif
314 - Rue Mostapha El Maâni - 20140 Casablanca
Tél: 0522 27 00 51 / 0522 27 00 54 - Fax: 0522 20 80 27

PHARMACIE CROIX DU SUD
Mme JOUNDY
62, Rue Mohamed SEDKI
CASABLANCA
Tél: 0522 27 75 34 - Fax: 0522 20 80 27

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca

314, زنقة مصطفى المعاني, قرب مقهى شان إليزي - 20140 البيضاء

Tél : 0522 27 00 51 / 0522 27 00 54

Fax : 0522 48 51 75

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

Lot : 049
À utiliser de
préférence avant le : 06/2024

PPC : 79,50 DH



LOT



Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intègre,
conservé correctement.

Lot : 047
À utiliser de
préférence avant le : 05/2024

PPC : 79,50 DH



LOT



Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intègre,
conservé correctement.

PPV
34DH00