

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

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



MUPRAS

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

GA

Déclaration de Maladie : N° P19-0004392

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre File

Nom & Prénom : LARABI Mohamed Date de naissance :

Adresse : 26 Rue LARABI 0742 CASIS CASA

Tél. : 0661 189 149 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : LARABI RADIA Age :

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

Nature de la maladie : Colopathie + anxiété

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 : CASA

Le : 06 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
06 SEPT 2019	C		1500dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouach Oasis - Casablanca Tél: 0522.21.54.49 / 05.22.93.47.20	04/09/19	362,20

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> (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 L'EXEC

DOCTEUR SANAE ABDELHAFID

Omnipraticienne

Echographie

D.U Psychologie clinique et médecine comportementale

D.U Thérapie cognitivo - comportementale

D.U Colposcopie

Membre de l'association Marocaine

des Echographistes

AERIUS* 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124

LOT: 071-1

PER: JAN 2021

PPV: 120 DH 70

الدكتورة سناء عبيد

الطب الباطن

الفحص بال

علم النفس السريري

جلسات العلاج السلوكي

التنظير الم

عضو في الجمعية

للفحص بال

Casablanca, le : 06/09/2019 : الدار البيضاء، في

Melle LARABI Radia

98.00 x2 (S.V.)

KALMILIDER

1 cap 2 / j (pendant 01 mois)

45.50 (S.V.)

SEDATIF PC

2 cps 3 / j à sucer (pendant 07 jour)

CARMINEX

1 sachet / j, ap dej

EFITAC 150 MG B/20

1 cp effer 2 / j, ap

NAZAIR

2 pulv ds chaque narine / j , le matin pdt 15j puis

1 pulv / narine / j pdt 03 mois

120.90 (S.V.)

AERIUS B/30

1 cp / j (pendant 01 mois)

PHARMACIE JERRADA

61, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - Casablanca

Tél: 0522.73.54.49 / 05.22.99.47.20

98.00

45.50

56.30

76.00

75.00

126.70

Etats anxieux

Troubles mineurs du sommeil

Sédatif PC

71

BOTTU SA

PPV : 45 DH 50

بيضاء 71, Bd Abou Du

Casablanca - Tel.: 05 22 73 70 00



PEGASUS
PHARMA

KALMILIDER 30 GELULES

PRIX : 98 DH

KALMILIDER
Extrait de Safran



PEGASUS
PHARMA

KALMILIDER 30 GELULES
PRIX : 98 DH

KALMILIDER
Extrait de Safran