

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

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° W19-472588

Ident. Intransmissible
Enfant.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12326 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZGUENI KARIM

Date de naissance : 11/08/85

Adresse : N° 6 Lot Yakout Sidi Ma'rouf

Casablanca

Tél. : 0661719334 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 76 DEC. 2019

Date de consultation : 10/12, 2019

Nom et prénom du malade : Zguendi Naël

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

Nature de la maladie : Vaccin + Casablanca

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 : Casablanca Le : 13 / 12 / 19

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
10/12/19	S	S	20024	INP : 091473535

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/12/19	269,50
----------	--------

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

--	--	--	--	--	--

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.

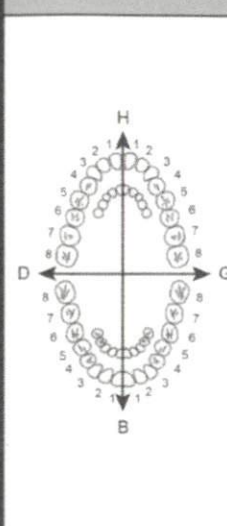
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

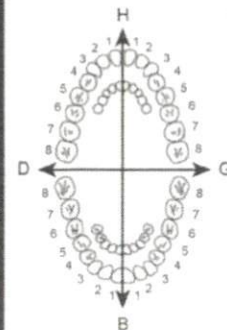
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION


[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

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
و الحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوباتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 16/12/2016 : الدار البيضاء في :

Zguendi Naef



814.00

4/ Prevenar

(1S)

2/ Doliprane appo. bouy

clappa 4 / j pdr 23 14 = 780 =

3/ Phary 15 CU.

logants. après vaccin dilué des.

78.50

Rau. J1

(1S)

(SP)

4/ Alumina 5CU.

logants. après vaccin dilué des / Rau

T2

Enregistré en tant que médicament homéopathique
MEDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 08/2023 LOT: C16312 Ain Sebba, Casablanca
PPV: 18DH50 Alumina 5CU



3 400300 398123 FRW

5/ oscillocoquinum

1 dose si corage n'este.

18.10 Si debut de grippe

18.10 1/2 dose ch - 2h - 16h,

6/ Phomomilla 10CH. + calomrea carbonica 15CH
3 gouttes le soir pdr 1 mois

7/ Cometia

1 dose le soir

869.50

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 12/2023 LOT: C53578 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Chamomilla vulgaris 15ch



3 400301 937932

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 01/2024 LOT: D50583 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Calcareo carbonica ostryearum 15ch



2 400301 487932