

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.

Educational :

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.

Chronic :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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- 0045149

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SCALLY Fatima-Ezzouhira

Date de naissance : 14.12.49

Adresse : 13 Rue Kawann Edouard Tawana - Ners Sultan - CASAB

Tél. : 0661494668 Total des frais engagés : 900 + 687,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Aff. chr.

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

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
19/02/2020	G	4	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية منتزه الإبيسكو</p> <p>PHARMACIE JARDIN ISÈSCU</p> <p>Dr. Samira EL MOSALAMI</p> <p>13, Bis, Rue de Rome Résidence NORA</p> <p>Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45</p>	19/02/2020	667,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

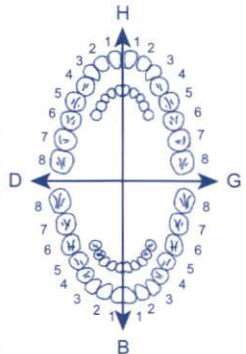
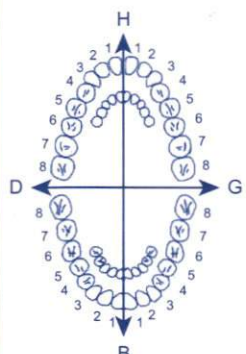
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EX

SPÉCIALISTE O.R.L

Maladies et Chirurgie des Oreilles,
du Nez et la Gorge
Exploration Surdité
(Audiogramme - PEA)
Chirurgie Thyroïdienne (Go tre)
Traitement de l'allergie - Vertiges
Pathologie du ronflement.



SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSJOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

Solupred® 20mg

الد 
Nabil



Casablanca, Le :

19 Février 2020

Mme SCALLY Fatima Ezzahra

139,50

1/ ERAXIN 500MG CP (BOITE DE 10)

1 cp /jour, 10 jours

22,20

2/ CODOLIPRANE

1 cp matin, midi, et soir, 3 jours

307,00

3/ SINGULAIR 10 MG

1 prise par jour

119,00

4/ PHYSIOMER EUCALYPTUS PULV NAsALE

1 pulv x 4/j, 15 jours

21,80

5/ POLYDEXA GOUTTES AURICULAIRES

4 gouttes x 2/jour, 5 jours

58,40

6/ SOLUPRED 20

3 cp par jour le matin , 5 jours

صيدلية منتزه الإيسيسكو
PHARMACIE JARDIN ISESCO

Dr. Samira EL MOSALAMI

13, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45

132, Boulevard Idress El Haddi
Jamila (3) C.D - Sbata - Casablanca
Tél : 05 22 57 67 49
GSM : 06 69 99 33 33
E-mail : drtazinabil@gmail.com

Dr. TAZI Med Nabil
Spécialiste O.R.L
Maladies du Nez, de la Gorge, Oreille
132, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45
Téléphone portable : 06 69 99 33 33

132, شارع إدريس الحارثي جميلة 3

قرية الجماعة - سباتة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 57 67 49

المحمول : 06 69 99 33 33

IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 104
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 242/2011/1

العنوان
استيراد شركة سينتار للتجارة الدولية

BOTTU SA
PPC - 119 DH 00



3 564300 001046

LOT

EXP :

10003726
2021 02

PPV :
LOT :
PER :

PPV 22DH20
PER 10/21
LOT 12335

139,50

218