

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.

Éducation :

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.

Maladie :

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



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

MD = 24568

ANPL

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002931

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12571 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MUHAMMED MEHDI Date de naissance : 29-04-1987
Adresse : RESIDENCE CASABLANCA 3 APT 22 NASSIM II
Tél. : 0661931211 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Y. El Gueddari
Maladies Allergiques
Médecine du Sport
5, Rue Tabariya - Rabat
Tél : 05 37 70 16 97

Date de consultation : 20 JAN 2020
Nom et prénom du malade : BAZZA Rajar Age : 31 Ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Allergie Respiratoire
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 : 05/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : Mehdi

[illegible]

et et signature du Medecin
tant le Paiement des Actes

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur
PHARMACIE AL ALIA
Dr. BENCHEKROUN Driss
83, Bd. Massira Al Khadra
Tél: 05 22 23 75 24 - GRS

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

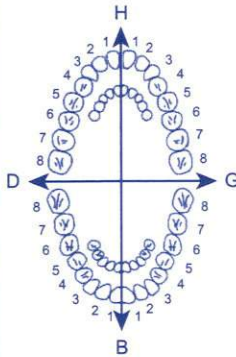
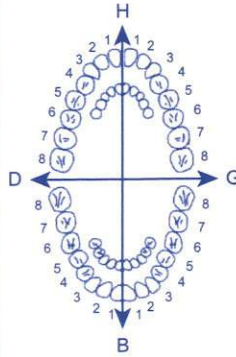
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

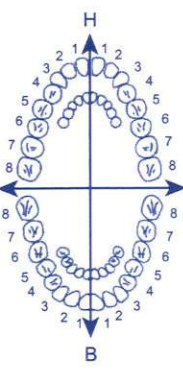
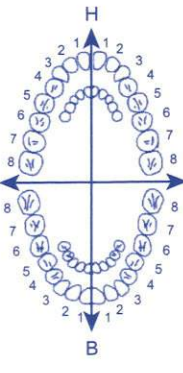
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px 10px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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			
	<div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div></div><div><div>B</div><div>35533411</div></div><div><div>G</div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Youness EL Gueddari

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy
IMMUNO - ALLERGOLOGIE

(Asthme - Rhume - Eczémas)

Membre de la société Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

C.E.S DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE
DU SPORT

الدكتور يونس الكداري

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)
المناعة والحساسية

(الديقة - الزكام - كزيمة)

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض
المناعة والحساسية

الطب الرياضي

Rabat, le 20 JAN. 2020 في الرباط،

7491100 X3 BAZZA Rajae

1) Staloral 333 SP. SF 150

120,70 6 coffrets de 3

4 Aerius Sy 8 (30)

110,10 3 (10.0.4) X

3) Nebanaz 140 des

21,50 (2.0.0.1) X

4) Nigralguie 9 (SV) 14 ALG

5) Docivox 9 (SV) 14 ALG

6) Amazel spray nasal 2 bulv (31) ALG

T 3 119,10

LOT: 077
PER: OCT 2021
PPV: 120 DH 70

LOT: 077
PER: OCT 2021
PPV: 120 DH 70

LOT: 077
PER: OCT 2021
PPV: 120 DH 70

LOT: GA91022
PER: 09/2021
PPV: 110 DH 00

LOT: GA91027
PER: 09/2021
PPV: 110 DH 00

LOT: GA91026
PER: 09/2021
PPV: 110 DH 00

ouements passa

LOT: 190173
DLUG: 04/2022
69,00DH

LOT 190661
2022/10
PPC: 89,50 DH