

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-441473

☐ Maladie ☒ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8384 Société : 24936

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHOU NOUREDDINE

Date de naissance : 24-3-1962

Adresse : LISSASFALOT ZAOBIR IMM 24 APPIN

Tél : 0664307577 Total des frais engagés : 300+473,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04-03-2020

Nom et prénom du malade : EL KHOU NOUREDDINE

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

Nature de la maladie : Bronchite, hyperglycémie

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.

Le : / /

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

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
04/03/06	S + ECG		300 Dh	INP : 091063884 Dr. SENHABLOU CARDIOLOGUE 01 Lot. 03 Al Firdaous GH 1 A Imm. N° 3 Agdal Casablanca Tél: 05 22 89 34 04

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NISSA 312 Lot Zoubir Casablanca Tél: 05 22 89 34 04	04/03/06	473,50

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				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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODS																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION			<input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>															
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																		

Dr. Senhaji Bouchra

Spécialiste des Maladies
Cardio-vasculaires
Echodoppler Cardio-vasculaire
Holter



الدكتورة الصهاجي بشرى

إختصاصية في أمراض القلب والشرابيين
وارتفاع الضغط الدموي
والدورة الدموية
البحث بالصدى - الهولتر

Casablanca, le : 04.03.2020

02 EL KHOU NOUREDDINE

- Régime pau sale
 - Aclaw 1g (S) sachet x 2 / 1 pot 10 jours
 - Bruchanol snup Adulte
 - Zyloric 100 upff x 2 = 112,60
 - Dcure forte (S) sachet x 15
 - Prazol 20 (S) upff le soir
- T = 473,50
- mark ent de 3 mois

PHARMACIE ANISSA
312 Lot Zoubir
Casablanca
Tél: 05 22 89 34 94
01 Lot 03 Al Firdaous GH 1 A
Imm. N° 3 Appt 1 El Oulfa
Tél: 05 22 59 98 02

DR. SENHAJI Bouchra
CARDIOLOGUE
03 Al Firdaous GH 1 A
Imm. N° 3 Appt 1 El Oulfa
Casablanca
Tél: 05 22 59 98 02

PPV : 56,30 DH
LOT : 19F05/8
XP : 06/2021

LOT 192471
EXP 10, 2023
PPV 46.70 DH

PPV : 56,30 DH
LOT : 19F05/8
EXP : 06/2021

أكلاف
أموكسيسيلين + حامض كلافيلاستيك

1 غ / 125 مغ 24 كيسا

LOT : 6050
PER : 10-21
P.P.V : 187DH00

مضاد حيوي
عن طريق الفم

BRONCHATHIOL®
Carbocisteine 5%

31,20

PPV 31DH20
PER 07/22
LOT 11000

ADULTE



PPV: 96DH00
PER: 03/23
LOT: 11717-2



EL KHOU Noumedline

09:57 04 Mar 2020 #00 00 min



10mm/mV 25mm/s \approx Tempori. De la mémoire

Id.: EL KHOU Noumedline 04.03.2020



CARDIOLINE ar1200view