

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.

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 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 067757

NO: 30318

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067757

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
	00000000	35533411	00000000	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

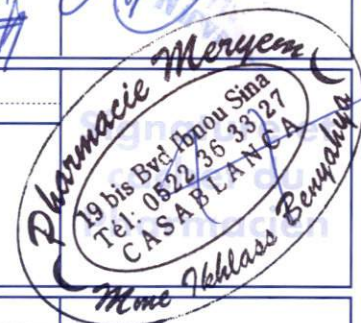


P 17 / 0061472

DATE DE DEPOT

03 / 06 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 4726														
Nom & Prénom <u>Benebkal Ben El Hachem</u>																	
Fonction <u>Revue</u>		Phones <u>0663722796</u>															
Mail <u>benabkal@gmail.com</u>																	
MEDECIN																	
Prénom du patient <u>Winda</u>																	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age			Date														
Nature de la maladie <u>Affect respiratoire</u>			Date 1ère visite														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>E2</u></td> <td><u>2</u></td> <td><u># 350</u></td> </tr> </tbody> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>E2</u>	<u>2</u>	<u># 350</u>								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
<u>E2</u>	<u>2</u>	<u># 350</u>															
PHARMACIE		Date <u>30.5.20</u>															
Montant de la facture <u>650,30</u>																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														



Docteur NAJI Nawel-Sophie

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux
Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

Consultations sur rendez-vous

الدكتورة نجى نوال صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو - كزيمية

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب بوردو

طبيبة اختصاصية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد



le 30.05.2020

Filali Hinda



9090

Levee nez matin et soir



1hr

Exonue Sachet 1 sachet x 2. 31j palt 6rs

71.40

MIFALONE 200



1 gel matin et soir 3 semaines

23500

Broncotee

1 gel matin et soir palt 5 jours



(Bien se rincer la bouche ++)

ORELOX

1cp matin et soir palt 7 jours



7.10 (ou OROKEN)

Signature of the doctor

48, Rue SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)
Maarif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Médecin absent le jeudi

طبيب غير موجود يوم الخميس

650,30

BRONCOTEC® 12 µg
60 gélules pour inhalation



6 118001 250851



6 118001 030255

MIFLASONE® 200 µg

Poudre pour
inhalation en gélule

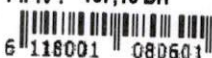
PPV : 71,40 DH

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca

Orelox 100mg b10 cp pel

P.P.V : 107,10 DH



6 118001 080601

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca

Orelox 100mg b10 cp pel

P.P.V : 107,10 DH



6 118001 080601

MUXOL®

Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572



3 331300 097214 >

LOT

FE9197

M: 2013/07

2022/07

