

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 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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-514207

N°D.
34565

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1490

Matricule : 1490 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : BELABES KHALIL

Date de naissance : 01/09/1951

Adresse : 635 RUE GOULMINA APT 9 DSSA

Tél : 0666600418 Total des frais engagés : 1573,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 5/06/2020

Nom et prénom du malade : Mme KHIDOU Fatima épouse Belabes

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

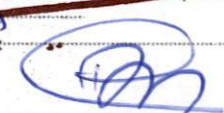
Nature de la maladie : MALADIE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24/11/2020

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 : DSSA Le : 05/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
5-6-20	CS	300,00	300,00	DP: 091037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/2020	1273,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

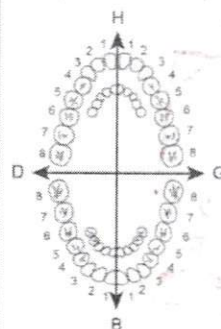
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

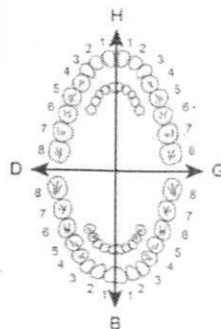
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. EL FATTI Abdelatif
Professeur de Médecine
et Rééducation Fonctionnelle
Pathologie Locomotrice Podologie

Le: 5-6-2020.

M^{me} KHIDILOU F.

Epouse M^r Belabbas

283,00 x 3

1^o Chondrosulf 400 mg:

1 x 2/j x 3 mois.

86,00

2^o Achyl D 5 mg:

1/j x 3 mois.

28,80

3^o Vitarenil fort:

1 x 3/j x 1 mois.

53,40 x 2

4^o Idéos q à sucer:

1/j x 2 mois.



5/ Codoliprane 500:

96,00 1x3/j x 15 j

6/ Belmazol 20 mg:

83,70 1 cp 5 j en x 2 mois

7/ Deroxat 20 mg:

23,10 1 cp/j x 6 mo

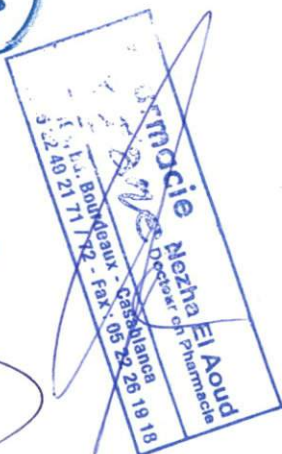
8/ Lysanxia cp:

1273,40 1/j x 4 sem

1273,40

DATE: 06/06/2020
N° ORDONNANCIER: 1587
Pharmacie Argane
Nezha El Aoud

DATE: 01/07/2020
N° ORDONNANCIER: 184 (04)
Pharmacie Argane
Nezha El Aoud



Dr. EL FATMA Abdellatif
Professeur de Médecine
Pharmacie

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

CIP 3400933591731
LOT 190507
EXP 05 2022

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

Actyl D
PVC : 86,00 DH

53,40

53,40

28,80

4.000

10005

PPV
LOT
PER

E

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 644244
6 118001 140237

UT.AV : 2 2022

P.P.V

23 10

LOT N° : 285554

23,10