

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-545137

N°D: 34627

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12509 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENZAKI ALAE
 Date de naissance : 05/03/1986
 Adresse : 129 Persimone 2 Persimone 3 Apt 2 C.P. 20120 Casa
 Tél. : 0673572938 Total des frais engagés : 342,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amal DAMR
Pédiatre
05 22 33 57 20
05 22 33 57 20

MUPRAS

23 JUL 2020

Date de consultation : 05/07/20
 Nom et prénom du malade : BENZAKI ALAE
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Infectieuse
 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 : Casa le 06/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Dr. Amal DAMR
Pédiatre
05 22 33 57 20
05 22 33 57 20

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
26/06/20				Dr. Amal DABOU

Dr. Amal DABOU
Pédiatre
24, Lot. Yasmine les Crêtes - Casa
Tél: 05 22 65 55 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUXEMBOURG LABORATOIRE 24, Lot. Yasmine les Crêtes - Casa Tél: 05 22 65 55 57	26/06/20	342.-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

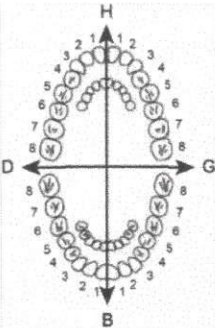
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

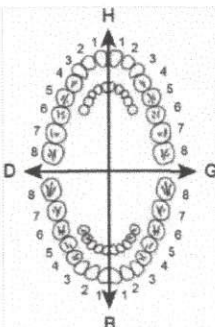
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	B													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
			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

أجيال AJIAL



مصلحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 26/06/2020

Nss BEN ZAKOUR Nour

57.0 -
x 6

1) -

Team  score 8 IV

Subject 8 en IVL
pelt 60ms

342.5

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDAG
24, rue Yasmine les Crêpes - Casa
Tél : +212 65 55 56 / 57 / 58

Dr. DAMIR 
Pédiatre
05 22 33 57 20 / 05 22 33 57 21 / 05 22 33 57 22



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح 1 مرة
زوال 1 مرة
مساء 1 مرة

TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح 1 مرة
زوال 1 مرة
مساء 1 مرة

TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح 1 مرة
زوال 1 مرة
مساء 1 مرة

TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح 1 مرة
زوال 1 مرة
مساء 1 مرة

TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح 1 مرة
زوال 1 مرة
مساء 1 مرة

TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح 1 مرة
زوال 1 مرة
مساء 1 مرة

TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT: P-02-6
PER: 07-2022
PPV: 57,00DH

756.137.06.16