

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



Déclaration de Maladie

N° W19-501812 111107
N° D. 34663

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11107 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SABRE NAJAT
 Date de naissance : 14/05/1969
 Adresse : Lot Zineb 38 I, Apt 1, étage - 1
Zouai oulfa
 Tél. : 0661600488 Total des frais engagés : 1760,80 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/7/20
 Nom et prénom du malade : N. SABRE
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Arthrose
 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 : COSE Le : 20/07/20
 Signature de l'adhérent(e) :

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
20/7/20	L1		300	INP

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/7/20	1460,80

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 : <input type="text"/>
				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

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	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

DOCTEUR SAÏD RAMY

Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et Colones vertebrales
Radiologie Osseuse



Casablanca, le 2017/20

N° SABROS - NABAT

132,90 x 2
- Doflogarste 6mg (S.V) 1/2 j 1 m

149,00 x 6
- ARTINOV (S.V) 1 j 2 m

141,50 x 3
- paracetol (S.V) 2 j 15 j

74,80
- Vitamine (S.V) 1 j 3 m

56,30
+ D-cure (S.V) 1 mg / m

61,50
- Aobic 15mg (S.V) 1 j 20 j

38,50
- Siccaphant (S.V) 2 j

26,40
- Toben (S.V) 1 j

GSM : 0661 42 78 23

1022 26 68 78 : الهاتف - الهاتف
رقم 6 المركز التجاري ترفيق الدار البيضاء - الهاتف
39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél/Fax : 05 2
E-mail : saidram@hotmail.fr

LOT: 0079
PER: FEV 2022
PPV: 14 DH 50
XP 12 2022
PV 26 10
سابقا بمستشفيات فرنسا
بالمدرسة العليا
الطبي
وساتيزم
العضلات
والرجل
الاشعة

Lot: PE0581B
Per: 04/2023
PPV: 132DH90
Lot: PE0581B
Per: 04/2023
PPV: 132DH90

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT
ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT
ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT
ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT
ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Ut av: 05/23 Lot: AR12
BIOXPRT

PPV: 56,30 DH
LOT: 19K1118
EXP: 11/2021
D-CURE AMPOULE
6 118001 320080

11MACIE Z
KABRACIE Z
ASAKI ANCA
05 27934190
LOT 19240-FC5
08/2022 PPV 74,50

61150
PPV 61DH50
PER 01/22
LOT 1212

SICCAFLUID 2.5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV: 38,50 DH
6 118001 101023
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmicien Responsable: Amina DAOUDI
14.2218