

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.

Diagnostique 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.

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

RS

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007392

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société : RAM 35285
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JALAL Abdelhakim Date de naissance : 01/10/60
 Adresse : Boulevard, rue 59 n°59 Casablanca / Maroc
 Tél. : 0673730831 Total des frais engagés : 152 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/06/20
 Nom et prénom du malade : Jalal Abdelhakim Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Consultation
 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 : 17/06/20
 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
17/06/2020	Curs)	—	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
 3, Bd. El Mahrouk - Hay Qods
 Tél. : 06 36 50 25 33 - 06 36 50 25 33

17/06/2020

152004

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

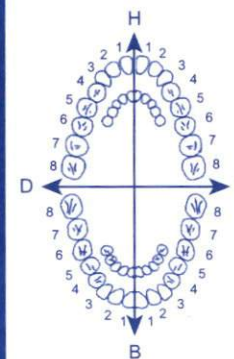
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

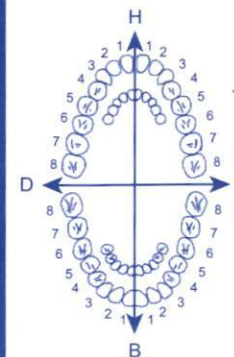
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplôme de la faculté de médecine
dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université
de Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de
l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة
بوركون بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة
تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 17/06/2020

Mr. Abdelhakim JALAL

1) BIDONTOGYL 1.5 / 250 MUI / MG

1CP 3X/JOUR

2) MOLGAM 200 MG 200 MG

1CP 3X/JOUR

PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
23, Bd. El Makdiss - Hay Qods
Tél : 05 36 50 25 33 - OUJDA



Dr. Hicham Affar
Chirurgien Dentiste
156, Bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa
Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

Bidontogyl®

Spiramycine - Métronidazole

Antibiotique

LOT : 5263

Voie orale

U.T. AV : 09-21

P.P.V : 76 DH 00

15 comprimés

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

التركيب :

Bidontogyl®

Spiramycine - Métronidazole

Antibiotique

LOT : 5263

Voie orale

U.T. AV : 09-21

P.P.V : 76 DH 00

15 comprimés

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

التركيب :