

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-525366

39148

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

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) :

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

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
31.08.2020	C	120	2226,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2020	2226,10

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 : 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	INP : <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>												

Docteur Jamal Arraki

Médecine Générale

Ex-médecin Militaire
Expert Assermenté près les Tribunaux
Certificat Universitaire d'Echographie
médecin agréée à la visite
médicale d'Aptitude pour
permis de conduire

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

الدكتور جمال الحراقي

الطب العام

طبيب عسكري سابق
خبير محلف لدى المحاكم
الفحص بالصدى
طبيب مرخص بالفحص
الطبي لرخصة السياقة

4، زقاق ابن خلدون، الأحياس-الدار البيضاء
الهاتف: 0650 86 30 11 - 0522 44 25 43

Casablanca, le : 31 AOUT 2020 : دار البيضاء. في



SABIR

140,20 x 4 = 560,80

FORT 2 AAR

98,90 x 4 = 395,60

ATLOR

109,20 x 3 = 327,60

GAPREX

60,10 x 5 = 300,50

ER

140,00 x 3 = 420,00

45,20 x 8 = 361,60

Glucose



Dr. Jamal Arraki

4, Rue Ibn Khaldoun
Habous- Casablanca
Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

2226,10

24

GAPRE[®] 25 mg
60 Gélules

LOT: 201863 EXP:
PPV: 109DH20

GAPRE[®] 25 mg
60 Gélules

LOT: 19C005 EXP: 1
PPV: 109DH20

GAPRE[®] 25 mg
60 Gélules

LOT: 201868 EXP: 1
PPV: 109DH20

Epyca[®] 50 mg
Pregabalin
14 gélules

PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

Epyca[®] 50 mg
Pregabalin
14 gélules

PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

Epyca[®] 50 mg
Pregabalin
14 gélules

PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

Epyca[®] 50 mg
Pregabalin
14 gélules

PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

Epyca[®] 50 mg
Pregabalin
14 gélules

PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

OEDES 20mg
56 gélules

LOT: 191564
PER: 04-2022
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg
56 gélules

LOT: 191564
PER: 04-2022
PPV: 140,00DH

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

45,20

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

EXP 01/2025
PPV 45.20DH

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

45,20

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

45,20

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

45,20

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

Glucophage[®] 850mg
60 Comprimés pelliculés

45,20

45,20

45,20