

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-500802

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5506 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FADALI NABIL

Date de naissance : 11-04-1965

Adresse : 7, Rue Rembrandt R5 AP Housseine
App 30 PALMIER CASABLANCA

Tél. : 0668259990 Total des frais engagés : 281,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/2020

Nom et prénom du malade : AR Fadel Nabil

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affectivité

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 : 11/04/2020

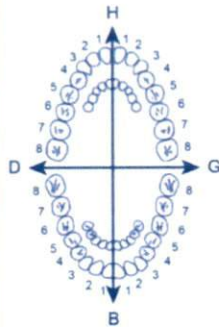
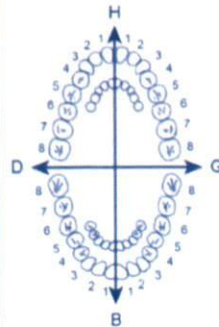
Signature de l'adhérent(e) :

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
19/09/2020	C		G	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Courrière 319 00 00 00 CASABLANCA Tél/Fax 05.22.27.67.03	17/09/2020	281,70

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"/>
				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			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"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

HYDROXYCHLOROQUINE 200 Mg
1comprime *3/Jr Pendant 7Jours

Azithromycine 500 Mg
1comprime premier jour

1/2 COMPRIME * 1 FOIS/ JOUR PENDANT 6 JOURS

SMECTA
1SACHET/Jr PENDANT 3 Jours



52,40

OMEPRazole 20 Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 7 jours



26,00

Vitamine c 1000Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours



14,80

ZINASKIN
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours



108,00

281,70

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1031-1



N° LOT: L 0527
DATE DE PER: 09 / 23

118,50
PPV

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot: 1202071
Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021
PPV: 79,70 DH

LOT: 285643
PER: 04 2023
SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET B30
P.P.V: 52DH40
6 118000 011460

VITAMINE C 1g
Boîte de 10 comprimés effervescents
PPV: 14,80 DH
6 118000 190929

Pharmacie La Courbe
11 rue de la Courbe
92120 La Courbe
Tél: 01 47 00 11 11



17/9/22

ORDONNANCE

EE FAJALI NABIL

HYDROXYCHLOROQUINE 200 Mg
1comprime *3/Jr Pendant 7Jours *



Azithromycine 500 Mg
1comprime premier jour



1/2 COMPRIME * 1 FOIS/ JOUR PENDANT 6 JOURS *

SMECTA
1SACHET/Jr PENDANT 3 Jours *

OMEPRAZOLE 20 Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 7 jours *

Vitamine c 1000Mg
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

ZINASKIN
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

Dr. EL RHAZI Nassir
Commission Médicale
Délégation CASA ANAFA