

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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° P19- 065971

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 253 Société : 48867

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ERRA MACHE. FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.04.40.12075 Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/2020

Nom et prénom du malade : Erramachi Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gynécologie

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 : 25/10/2020

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
21/10/20	C		150.00 DM	
05/11/20	C		C	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/20	220,40
	5/11/20	807,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

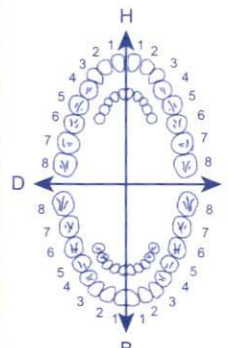
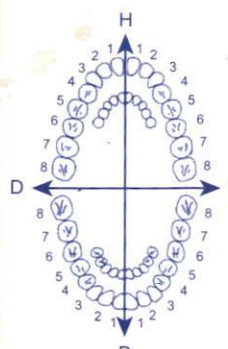
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

عيادة

طب الأطفال
داء السكري - الكوليسترول
ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب
أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل
الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي



الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط
خريج كلية الطب بالرباط
طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

Casablanca, le : 05. 11. 20

Nom et Prénom : Erramach Fatima

226, 226, 45, 28, 28, 28
Eser 10: 1 - 28
Aflaxa 90: 0 - 1 - 28
Contamyl 20: 2 - 0 - 28

Orthèse de genou
Cambre Emban renforce

Dr Mustapha NAJI
Omnipraticien
Ancien Médecin
des Hôpitaux Militaires
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca
Tel: 0522 65 07 04

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
229-221-224 Bd Ouz Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 00229122000074

T= 807.80

3881
Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V.: 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NTO
0042493/
120916-1
6 118001 160051

3881
Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V.: 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NTO
0042493/
120916-1
6 118001 160051

Cortancyl® 20mg
20 Comprimés
6 118000 060680

ESAC® 40 mg
28 gélules PROMOPHARM S.A.
6 118000 241928

عبادة

طب الأطفال
داء السكري - الكوليسترول
ارتفاع الضغط الدموي - التخ
أمراض الغدد / عقم الزوجين
الطب النفسي - أمراض الجهد



الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط
خريج كلية الطب بالرباط
طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

Casablanca, le : 21. 12. 20

Nom et Prénom : Emmanuel Fabmo

144,50.

Mergur 20.1-2-2 (28)

Contingency $\approx \frac{1}{2} - 0 - 0 = 28\%$

76.20

✓ 1/2 H₂ + 1/2 O₂ → H₂O

Dr Mustapha NAJI
Omnipraticien
Ancien Médecin
des Hôpitaux Militaires
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca
Tel 0522 65 07 04

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-221-224 Casablanca Moulay El Ouffa
Casablanca Tel: 0522.60.51.13
ICE: 00229122000071

