

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.

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- 044826

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 20 0384 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2020

Nom et prénom du malade : Zouggari Radia Age :

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

Nature de la maladie : Intubation Endo

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) :

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
10/12/20		2		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

10/12/20 639,20

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

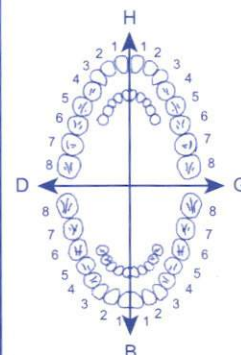
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 00000000 00000000 G
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

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتنقية الإصطناعية
أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le 10/12/2020

Zanggeru Radia

6330

Ballo nyl 140,00 1 un x 21 jar
469,00 1 un jar
3060,00 Act. Cordone 1 un x 21 jar
Labi lix 169,00 2 un jar
169,00 1 un jar
19,00 1 un jar
1500x3 1 un jar
140,80 1 un jar
Artiflex fel 1 un jar

PHARMACIE LA ROTONDE
Lella Menzja
100, Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tél : 05 22 23 47 76

Docteur HACHIM Khadija
Professeur de Néphrologie - Hémodialyse
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard
Tél : 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92
Fax : 05 22 23 49 93

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier, Casablanca
Tél : 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92 - Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

OEDES 20mg
56 gélules



6 118000 082026

LOT: 201159
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

LOT: 200312
DLUD: 10/2023
63,30DH

Fabriqué par:

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA



6 118000 070015

DOLICOX 90 mg
Etoricoxib
14 Comprimés pelliculés



6 118000 041955

PPV: 169DH00
PER: 07/23
LOT: J1957-2

ARTIFLEX GEL 60g



6 111255 810291

LOT: 200312
03/2023 PPC 49,80



7 640153 082817

SPASFON-LYOC
LYOPH. ORAL (10)
Zenith Pharma
P.P.V.: 19,50 DHS

LOT: 20E015
PER: 01/2024

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60



6 118000 060468

LOT: 20E019
PER: 05/2024

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60



6 118000 060468

LOT: 20E019
PER: 05/2024

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60



6 118000 060468

Doliprane 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 15 DH 80
PER 10/23
LOT J2875

PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 15 DH 80
PER 10/23
LOT J2875

PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

PPV 15 DH 80
PER 10/23
LOT J2875