

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 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

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-

049479

ND: 50909

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296

Société : RSM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ANOUAR Mohamed

Date de naissance : 16-08-56

Adresse : 93 Rue P. Je 23 N

Tél. : 264-49582

Total des frais engagés :

Dhs :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 DEC 2020

Nom et prénom du malade : ANOUAR Mohamed

Age : 65 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Angines HTA

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) :

10/12/2020

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
09 DEC 2020	C	1	150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.12.20	977,20
	09/12/20	54,40

[illegible]

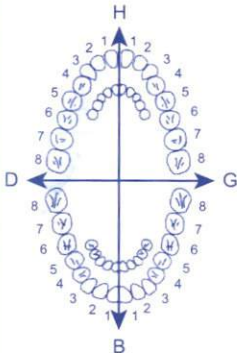
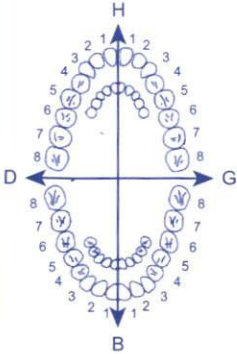
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 80px;" type="text"/> </div>
	[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

Veillez 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 <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			
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;"> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M

Auew
 PHARMACEUTICAL WOULD
 67, Rue des Roses A Côté de
 Masjid Annour - Beausejour
 Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
 Patente: 34808192

Casi

le 09/12/20

FACTURE N° 36453

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
02	Aureomycine 3%	9,30	18,60
01	Immgel	13,20	13,20
02	Aspirine Derol. M,30	11,30	22,60
			54,40

MODE D'EMPLOI :

Onctions légères de la zone
 A répéter plusieurs fois par

A.M.M. N° : 265

P.P.V. : 13,20 DH

ASPIRINE DEROL VITAMINÉE B1 C

11,30

ASPIRINE DEROL VITAMINÉE B1 C

11,30

09,30
 09,30

09,30

Docteur Salmi E.L. Khazraji Jalal

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

sidi EL KHadir, Rue 23 N° 48

Casablanca

Tél. (C) : 05 22 89 74 60

الدكتور السالمي الغزرجي جلال

الطب العام

الفحص بالصدى

سيدي الخدير زنقة 23 رقم 48

الدار البيضاء

الهاتف الميعاد : 05 22 89 74 60

ORDONNANCE

Casablanca, le 09 DEC 2020 في الدار البيضاء،

ANOUAR Mohamed

PPV: 222,00 DH
LOT: 623751
PER: 06/21

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

222,00 1) Augmentin 1g
15 x 2 g

239,00 (N.S.)

717,00 x 2) (N.S.) CoAprovel
1p 1g

38,20

3) (N.S.) Indolac - 100.

1 Sup. / s.

977,20

INDOLAC 100mg
PPV 380DH20
EXP 12/2021
LOT 80050 2

Dr. SALMI EL KHAZRAJI JALAL
Médecine Générale
Echographie
Sidi El Khadir, Rue 23 N° 48
Casablanca
Tel (c) 05 22 89 74 60