

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-416330

ND: 51828



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07942

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bonjelloun Zahra

Date de naissance :

20/07/1960

Adresse :

113 Rue El Fouad TIZRIF

Tél. : 0661425656

Total des frais engagés : 444,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR ABDELHAMID NAÏT
PROF DE MED INTERN
MAL INFEC & TROPICALES

MUPRAS

11 DEC. 2020

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Encephalitis formi flueure

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/11/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMA STAR ANZARAN Mme. Alj Najja Née LA 94, Rue Cadi lyass Bd Bir Anzaran 94-23 543 33 - CASABLANCA	20/11/2020	144,60

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																					
				CCEFFICIENT 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
						H																			
						25533412	21433552																		
						00000000	00000000																		
						D																			
						00000000	00000000																		
						35533411	11433553																		
						B																			
						G																			
						MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																									
DATE DE L'EXECUTION																									

DR ABDELHAMID NAÏT HOU
PROF DE MED INTERNE
MAL INFEC & TROPICALES
Casablanca, le :

وصفة طبية

Ordonnance

30/11/2020

MOUTTAKI ABDELWAHAB

1820

1 ASCABIJOL



2 appli de 10ml

2 AERIUS

ICP 10 le matin

632024 3 AYRTERC 10ml



ICP 10 le soir

4

Diprospan (cire) 2 appli

12/4/60



ARMACIE BIR ANZARANE
me. Aj Najia Née LAHLOU
3 Cadi lyass Bd. Bir Anzarane
22250 CASABLANCA

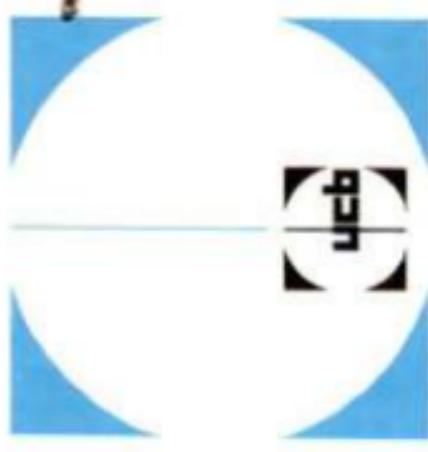
DR ABDELHAMID NAÏT HOU
PROF DE MED INTERNE
MAL INFEC & TROPICALES
DR Mouttaki



١٥ قرصاً ملمسة قابلة للكسر

Zyrtec® 10mg

زيرتك™ ١٠ ملجم
سيتيريزين ديكلورهيدرات



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

63,20



Lotion, flacon de 150 ml

AScabiol® ☒

אסקביול

150 ml לotion

אסקביול

אסקביול®
18/20

Ascabiol®

Solution à usage externe
150 ml

