

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

- 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° W19-523492

55887

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10651 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Hane BENHAR Rachid White

Date de naissance : 10/12/1974

Adresse :

Tél. : 0669101960 Total des frais engagés : 200 + 369,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/20

Nom et prénom du malade : Chaouki Omar

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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

Le : 13/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
27/12/2020	Consultation	1	2500	INP : 0911911288

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Carbet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/2020	389,10

[illegible]

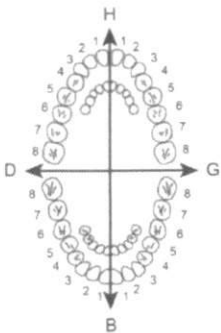
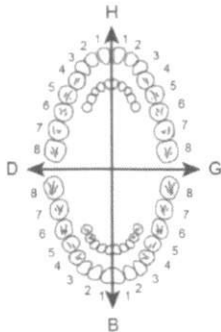
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	00000000	35533411	00000000	11433553																
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalil MSAYIF

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Puériculture - Urgences
Réanimation Néo-natale
Diplômé de la faculté de St Etienne
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France



الدكتور خليل مصيف

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات
خريج كلية الطب بسانتيتيان
طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

Nom & Prénom :

Charki Omar

Casablanca, le :

07/12/20

Poids :

Age :

PHARMACIE
Route d'El Jadida
240, Bd Brahim Roudani
Tel: 05 22 99 57 46

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

40,00

40,00

Biomylase

PHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Tél: 05 22 99 57 46

31,90

20ml

107,20

Orelox

389,10

Cabinet de Pédiatrie

Bd Ibn Tachfine, Résidence ASSALAM - IMB G 104 N° : 3 (RDC) - C.

Tél. : 05 22.60.37.15

Urgences : 06 61.26.14.25

Lot:

مجموعة

3555

BIOCODEX MAROC

Fab:

10/19

PPV 67,00 DH

EXP:

صلاح لغاية

10/2

LOT:

20E080V

PER: 03/2022

PRIMALAN

SIROP FL 120 ML

P.P.V : 31DH90

Orelox 40mg/5ml susp fl 100

P.P.V : 107,20 DH

6 118000 011347

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Orelox 40mg/5ml susp fl 100

P.P.V : 107,20 DH

6 118001 080625