

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 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

M22- 0012373

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

134448

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2320 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAÏHALI ASdellkader

Date de naissance : 1952

Adresse : Rue 1 N°26 Bldou. Lalla Lam Mohamed

Tél. : 0667 813578 Total des frais engagés : 518,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. NOURE TAUQEEM
Cardiologue
CHP Ben'Msk

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHATIE RATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rophtalm. Chalazion. Néf.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 21/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HERMITAGE N° 5857 = MOHAMMEDIA TEL: (03) 31-51-68	04/10/2021	518,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

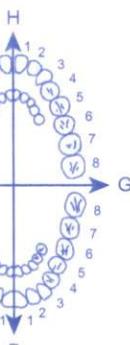
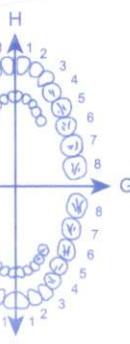
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

File 2320

le 01/10/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M:

Présente

Replantation de l'artère coronaire

Nécessitant un traitement d'une durée de:

6 mois

Dont ci-joint l'ordonnance.....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

DR. NOURET AOUFIK
Cardiologue
CHP BERMUDAK

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ rovalairmaroc.com

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:

LOT - 220685

EXP 03 2026

PPV 31.30

Délégation préfectorale des
Arrondissements de Ben M'Sik
Centre Hospitalier Préfectoral Ben M'Sik

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

مديريه - مديريه ابن مسيك
المركز الإستشفائي الإقليمي ابن مسيك

LOT 11-22604
PER.01.11.2004
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

Nom : KHATIE FATIMA
Prénom : RATHALI

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Digoxine 1/2cp 1T
58,80

ALDACTONE 50g 1/2cp
20,00X 10

Sintex 3/4 opt 1T
34,60 X 4

LAROT 1/2cp + 1/2cp
89,70

Fontaine 51,83
31,30

20,00

20,00

Avenue

وزراقة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Casablanca, le :

04/10/2004

ORDONNANCE

89,30

LOT 11-22604

LOT 11-22604
PER.01.11.2004
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT 11-22604
PER.12.12.2004
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT 11-22604
PER.12.12.2004
LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT 11-22604
PER.12.12.2004
PPV : 20,00

Exp :
N° Lot :

LOT 11-22604
PER.12.12.2004
PPV : 20,00

Exp :
N° Lot :

LOT 11-22604
PER.12.12.2004
ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

6 118001 170029

6 118001 170029

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot :

PPV : 20,00

Exp :

N°-Lot :