

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° W21-711832

152300

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN RETRAITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : AZIZ ALLAL
 Date de naissance : 1932
 Adresse : N° 56 Rue Abd ELIL ELHAYARRAH Casablanca
 Tél. : Total des frais engagés : 3111,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Prof. OUHA Hamid
 Date de consultation : 21/02/2023
 Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 21/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de

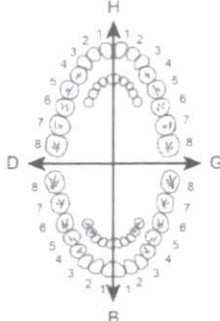
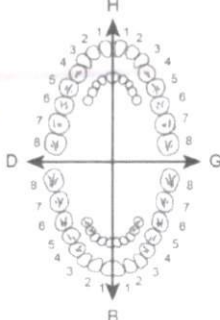
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/02/23	C S		300,00 DH	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABDELMAJID Dr. Ali El Ghouladi Sidi Maârouf - Casablanca Tel/Fax : 05 22 37 32 16 GSM : 06 61 60 54 68	21/02/23	2811,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	00000000	00000000	B		G		35533411	11433553			
	H		G																										
	25533412	21433552	00000000		00000000																								
	D		G																										
	00000000	00000000	00000000		00000000																								
	B		G																										
	35533411	11433553																											
	[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																									

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 21/02/2023

Mr AZIZ AECAL

(258,00 x3)

① Modopar 250 mg

PHARMACIE AHMED ALI
SARLAU
DEAH EL JOUADI
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

1/2 x 5/5 pdt 03 mois

(589,00 x3)

② Siprol 1,05 mg

1 cp / j le matin. pdt
03 mois

150/60

③ Seroquel 25mg

180
#057917#
21/02/23

1 cp / j le soir pdt 03 mois

PHARMACIE AHMED ALI
SARLAU
DEAH EL JOUADI
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Haïd
Prof. OUHAR Hamid
Neurologie

2811/60

Distribué par Roche S.A. 
 Bd. Sidi Med Ben Abdellah
 Ivoire 05, Casablanca Marina
 MADOPAR 200/50-100 comprimés
 P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A. 
 Bd. Sidi Med Ben Abdellah
 Ivoire 05, Casablanca Marina
 MADOPAR 200/50-100 comprimés
 P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A. 
 Bd. Sidi Med Ben Abdellah
 Ivoire 05, Casablanca Marina
 MADOPAR 200/50-100 comprimés
 P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)


Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02

SYNTHEMEDIC 

22 rue Koubert bords al ouam roches
 maroc casablanca

SEROQUEL

25mg

Boîte de 60

Cp ext

26816 DMP 21 NSF

P.P.V. : 150,60 DH



6 118001 021338

F A C T U R E

N° 26.226 / 2023 du 21/02/2023

Nom patient : **AZIZ ALLAL**

Entrée 21/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

