

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0025540

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 156823
Nom & Prénom : RAOUZ SYMED
Date de naissance : 1952
Adresse :
Tél : 0666247016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 3 / 2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : prod diabète

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 : CAE Le : 05 / 03 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/3/2023			16	
24/3/2023			16	
30/3/2023			16	
31/3/2023			16	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/04/2023	373,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

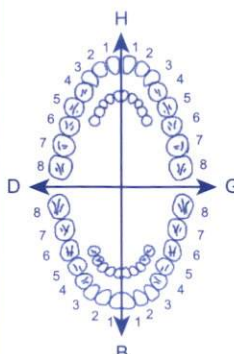
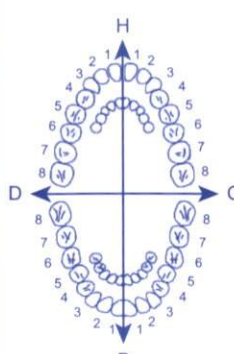
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
	23/03/23	changement de prothèse	120,00H
	27/03/23	changement de prothèse	120,00H
	30/03/23	changement de prothèse	120,00H

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				Coefficient 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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

03/04/23

M. RAOUS AHMED

① Plavix 75 mg (S)
316,00 1 cplj pelt 3 mois



② LD-NOR 10mg (SV)
57,80 1 cpl le soir pelt 3 mois

LOT : 230052
EXP : 01/2026
PPV : 57,80DH



P. BELMIR HICHAM
Chirurgie Vasculaire
et Endovasculaire
INPE: 061168431

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/3/2023

MR RAOUZ AHMED

Faire SVP : Prescrire 5g/2



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 27/3/2023

Quittance - Paiement espèces 0767254

IPP :

N° D'admission : 23006 G1162 Montant : 120M

Patient : Rana Amed

Payé par : Karib Badiche

Cachet



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 44 759 / 2023 du 27/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 27/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 27/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	120,00
CENT VINGT DIRHAMS			

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Soins Ambulatoires

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 46 534 / 2023 du 30/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 30/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 30/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

(Signature)
 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Soins Ambulatoires

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 43 389 / 2023 du 23/03/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 23/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 23/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

*Hopital Cheikh Khalifa
Soins Ambulatoires*



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 23/03/2023

Quittance - Paiement espèces 0760394

IPP :

N° D'admission : 13-10-6101-88 Montant : 120 000

Patient : RAOU7

Payé par :

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 30/03/2023

Quittance - Paiement espèces

0767695

IPP :

N° D'admission : 2300663238 Montant : 120M

Patient : Rucuz Aheol

Payé par : Kari B Raduola

Cachet

