

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W19-562462



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

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7405

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Touili Damia

185513

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03 Mai 2013

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.C + des legi

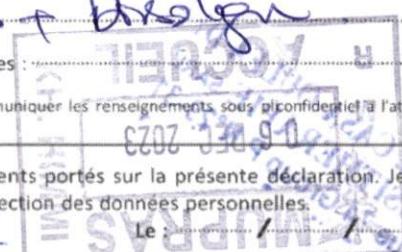
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
03/10/2023	CLS	1		INP : [Signature] Spécialiste en Chirurgie Traumatologique & Orthopédique INPIE : 001301040

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/2023	320

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
<i>CENTRE CATHARISTE DE KINESITHERAPIE SARL 33 Rue 7e Group P N°2931</i>	4/10/23	15 K.	200 x 15 = 3000,00 HT

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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 169DH00
PER: 10/25
LOT: L3658-2

DOLICOX® 90 mg

Etoricoxib

14 Comprimés
pelliculés



المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le :

03/10/2023

ORDONNANCE

Docteur :

Hm. Amili Dawsel

169

ii Dolicox 90 mg

53,10x2 Ap/ir pt Mr

21 Belax 100 mg CP
Ap/ir pt Mr

35 Tramadol gel

28 80x2 Ap/ir pt Mr

ii Vibendum fuit

332,8 Jpa ob hr

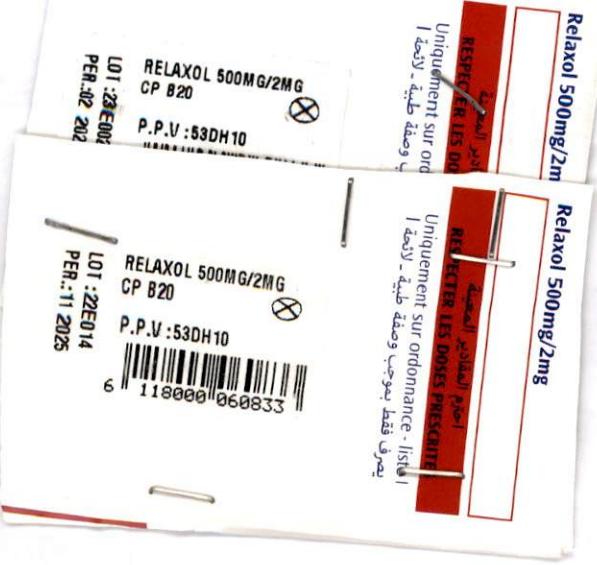
Dr Y. SBIHI

Spécialiste en Chirurgie

Traumatologique et Orthopédique

Mme: 05 22 48 30 30 - Fax: 05 22 29 94 83

1, Quartier des Hôpitaux , Casablanca 20100 Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83



28,80
28,80

VITANEVRIL
30 comprimés pelliculés

PPV
LOT
PER

VITANEVRIL® FORT
30 comprimés pelliculés

PPV
LOT
PER

28,80

28,80

Dr Y. SABHI
Spécialiste en Gastro-entérologie
Gastroenterologue et Chirurgie digestive
Télé: 01304549



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

PROGRAMME DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE Mme
TOUILI DAMIA

COMPTER DU 04/10/2023

J'atteste que Mme TOUILI DAMIA a effectué ses 15 séances de rééducation au centre de kinésithérapie CASAOULFA pour Rééducation d'NCB+DORSALGIE selon ce programme suivant :

Nombre de séances	Date
Séance 1	04/10/2023
Séance 2	09/10/2023
Séance 3	13/10/2023
Séance 4	16/10/2023
Séance 5	20/10/2023
Séance 6	23/10/2023
Séance 7	27/10/2023
Séance 8	30/10/2023
Séance 9	03/11/2023
Séance 10	10/11/2023
Séance 11	14/11/2023
Séance 12	20/11/2023
Séance 13	25/11/2023
Séance 14	29/11/2023
Séance 15	04/12/2023

CENTRE CASA OULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Groupe P N°29-31

124621



*Ann et Renate
Casa, Agadir*

CASABLANCA, Le 29 novembre 2023

CENTRE CASA OULFA DE KINESITHERAPIE
BD OUM ERRABII GROUPE P RUE 74 OULFA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 07405_1965-04-01_DAMIA

N/REF : 20233330025448

Adhérent : TOUILI DAMIA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de DAMIA TOUILI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **3000.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 29-11-2023 au 29-02-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à DAMIA TOUILI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

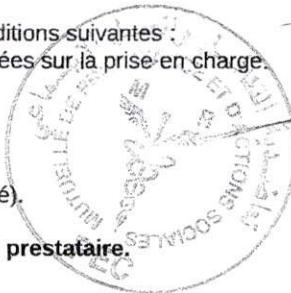
CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.**

* Pour information, la part adhérent : **975.00 MAD**

S/R Facture, Planning des séances





Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Hôpital sans tabac
Fumer tue

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le : 03/10/2013

ORDONNANCE

Docteur :

Mme. Amelie Damin

Psteute sui pmr NCB + Drsrgi

Je vous le confie
de réduction.

- physiothérapie
- réflect
- monothérapie
- électricité

Dr Y. SBIHI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
INPE : 061301045

Dr Y. SBIHI

Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
INPE : 061301045



Kinésithérapie -Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Casablanca le : 04/12/2023

Facture n°96/2023

NOM : Mme TOUILI DAMIA

ADRESSE : CASABLANCA

PATHOLOGIE	N° DE SEANCES	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
REEDUCATION D'NCB+DORSALGIE	15	200.00	3000,00
TOTAL			3000,00 DHS

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TOTALE DE TROIS MILLE DIRHAMS

*CENTRE CASA-ULFA DE
KINESITHERAPIE SARL
33 Rue 74 Group P N°29-31*