

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.



186259

Déclaration de Maladie : N° S19-0050013

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9423 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : ROUAL ABOL ELLEH Date de naissance : 09/04/67

Adresse : _____

Tél. : 0661187489 Total des frais engagés : 740,81 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

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

Nature de la maladie : SL bronchique

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 : ESSA Le : 11 / 12 / 23

Signature de l'adhérent(e) : _____

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.

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

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
09/12/23		FNSSS20	568,41	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/12/23

372,40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

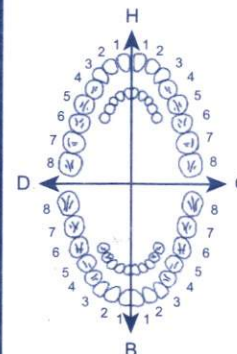
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

15424

09 décembre 2023

Mme EL MEZIANI LAILA

1/ AUGMENTIN 1 G SACHET

1 sachet x 3/j pendant 8 jours

2/ DOCIVOX SIROP

1 c.a.s 3/j

3/ COTIPRED 20 MG COMPRISE SECABLE EFFERVESCENT

3 cp /j le matin pendant 03 jours

4/ VITAMINE C

1cp x 2 /jour pendant 10 jours

5/ SAFLU 250 / 25 µG / µG SUSPENSION POUR INHALATION

2 bouffée matin 1 bouffée le soir pendant 01 mois

6/ ANDOL 1 G COMPRISE EFFERVESCENT

1 cp x 3 / j si fièvre



220829 RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 652150
PER: 05/25

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. NAJI AKRAM JAD
Médecin Urgentiste

LOT: 230534
DLUO: 06/2026
69,00 DH

contre indications, excipients à effet
notoire: voir notice

PPV: 40 DH00
PER: 10/26
LOT: M3463

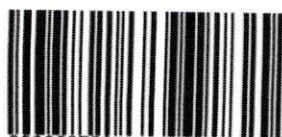
Vita C1000®

PPV: 26 DH90 EXP: 08/2024
LOT: 36037

STEPHARMACIE GOLF
Centre Commercial Bouskoura G
RDC N°9-Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 59 07 09
INPE: 092079649

ANDOL®
PARACETAMOL
Doseurs: Eau, Sucre, Pain - Fèvre
Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8x 1000

EXP
LOT N°:



090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date : 09/12/2020
N° : 0066757

QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : _____

Montant : _____

368,41

Patient : _____

BL MOZIANI LAILA

Cachet



DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/12/2023
14:54

Nom Patient : EL MEZIANI LAILA

Numéro dossier : 2300280794

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/12/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77	3.77
09/12/2023	MASQUE NEBULISEUR ADULTE	0	1,00	12.30	12.30
09/12/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	0.94	0.94
09/12/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	1.69	1.69
09/12/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
09/12/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
09/12/2023	CHLORURE DE SODIUM 0, 250 INJECTA (01)	172553	1,00	13.10	13.10
09/12/2023	METHYLPREDNISOLONE 12 120MG INJECTA ((1)	172553	1,00	35.00	35.00
Total pharmacie					68.41

Signature



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300280794

N° : 55520 / 2023 du 09/12/2023

Nom patient	EL MEZIANI LAILA	Entrée	09/12/2023
	PAYANTS	Sortie	09/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		68.41	68.41
			<i>Sous-Total</i>	68.41
Total Clinique				368.41

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	368.41
TROIS CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS QUARANTE ET UN CENTIMES			
		