

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- 54951

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10888

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAZRAK ZINER

Date de naissance :

27-02-78

Adresse :

5, Rue Ali ABDERRAZAK, RES Mille Roses
CASABLANCA

Tél. :

0661246786

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI MEJDE
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE BADR
091025007

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LAZRAK ZINER

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Système

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
05.01.24	C.S.	250,00		DR. BENNANI MAJDE Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE BADR 091025007
05.01.24	F.C.	200,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPERCARL AU 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tél: 05.22.94.45.30	05/01/24	116,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

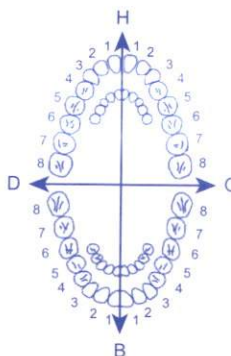
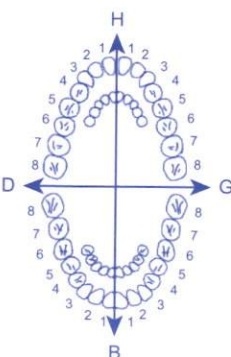
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05.01.24	Pharmaco				200,00
	05.01.24	Prothésion				100,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

PHARMACIE HYPER SARL AS
25, Rue El Abderrazak
Casablanca
Tel: 05 22 49 45 30

CASABLANCA Le: 05-01-1284

Handwritten signature: LAZRAQ Zik

26.50
1/ urt C 1000
10.00
2 Andol 18
1.5 x 4
1.5 x 3 y



7920
Dr. BENNANI MEJDE
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE BADR
09 10 5007

Handwritten signature: Azia Poo



URGENCES 24/24

CLINIQUE BADR
Reception
Rue El Alloussi, Bourgogne
Casablanca Tel: 05 22 49 28 00

Handwritten: M6.20

79,20

PPV 79DH70
TER 12/25
LOT 12642



CHANGE

VITAMINE C 1g 
Boîte de 20 comprimés effervescents
PPV : 26,50 DH



6 118000 190936

LOT : 220044
EXP : 02/2025
PPV : 10,00 DH

LOT N° : (HD) Add
UTAY :



F A C T U R E

N° : 202400156 / 2024 du 06/01/2024

Nom patient **LAZRAK ZINEB**
PAYANT

Entrée 05/01/2024

Sortie 05/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
PERFUSION	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Clinique				500,00

DR. M.A.R DRS. EL AOU (anesthésie réa)	1,00 CS		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total Autres prestations				250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	750,00



مركز الدفعيات

ACHAT)))

06/01/24

00:04:31

9900/43/75

9/43/701

CLINIQUE BADR URGENCE

Casablanca

A0000000031010

*****01/5

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT :

750,00 MAD

Num Transaction

: 001

Num Autorisation

: 541035

STAN

: 003093

TICKET CLIENT