

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.



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

190293

Déclaration de Maladie : N° S19-0004858

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RAS
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KARROUNI Youssef Date de naissance : 02/11/1968
Adresse :
Tél. : 0707752675 Total des frais engagés : 524,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2024
Nom et prénom du malade : KARROUNI Youssef Age : 55 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : infection respiratoire
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 : Casa Le : 08/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : h.f.


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
08/01/2024	CS	1	25000	
		1	CS = 150	
			15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/24	274,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

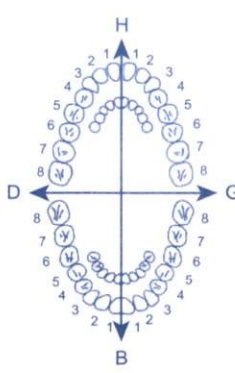
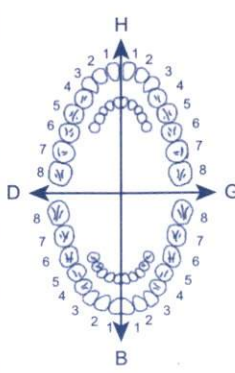
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 CCOEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



SOS Médecins Maroc
MEDECINS D'URGENCE
MULTI-SERVICES 24H/24



A : CASA Le : 08/01/2024

NOTE D'HONORAIRE

Facture détaillée :

Consultation : 150 DH

Injection + Consommable : 100 DH

Oxygène + Nébulisation : _____

ECG : _____

Echographie : _____

Total : 250 DH

SOS MEDECINS vous souhaite un bon rétablissement

A.M. KARIM YOUSSEF

Et vous adresse selon l'usage, sa note d'honoraire soit la somme de

250 DH

06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

email: contact@sosmedecinsmaroc.ma - www.sosmedecinsmaroc.ma



La santé avant tout!

ORDONNANCE

Nom et Prénom(s) du patient: **XARROU MI YOUSSEF**

Le **08/01/2024**

87.2

1) **Bioamic 500mg**
1 p 15 ~~2 p 15~~

S.V

LOT: M0978
PER: 02/2025
PPV: 97.00 DH

14.0

2) **Doliprane 1000**
2 p 8h

S.V

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3404

18.32

3) **Vitc 1000**
2 p 15 ~~2 p 15~~

S.V

PPV 15DH30
EXP 05/2026
LOT 340311

49.60

4) **D cure forte**

S.V

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

69.2

5) **Do Cinox**
2 p 15 ~~2 p 15~~

S.V

LOT: 230734
DLUO: 07/2026
69.00DH

40.2

6) **Co Cinoxel 200mg**
2 p 15 ~~2 p 15~~

S.V

LOT: 230734
DLUO: 07/2026
69.00DH
Rue 14, Lot 2024, Al Ainchoh-Casa
Tel: 05 22 52 82 53

274.90

Dr. Mouad LEFAYAH
Médecin Généraliste

PPV: 40DH00
PER: 12/26
LOT: M4154

06 27 55 55 55

contact@omnidoc.ma

www.omnidoc.ma

Médecin à domicile | Analyses à domicile | Transport ambulance | Hospitalisation à domicile
Personnel paramédical | Matériel médical | assistance à l'hospitalisation | **Passéport Santé**
Test PCR à domicile