

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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° 09-03 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration

N° W21-821502

MUPRAS

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

21007

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAOURI ABDILAH Sultan.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/01/2024

Nom et prénom du malade :

Saouri ABDILAH Sultan

Age : 27

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Epitymnie droite

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE RIVAGE Dr Hasna FAJMI BLOC 37 N°272 TERRA MAISON 1582-1590 RUE TEL: 05 37 02 06 45 102075702	23/01/2014	PHARMACIE LE RIVAGE Dr Hasna FAJMI BLOC 37 N°272 TERRA MAISON 1582-1590 RUE TEL: 05 37 02 06 45 1570.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

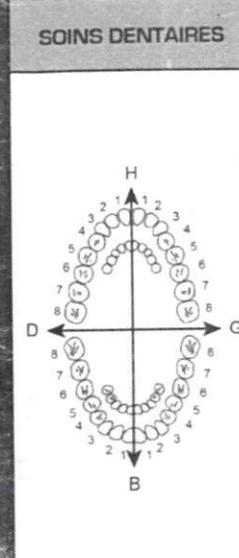
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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	INP : <input type="text"/>													
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D <hr/> 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D <hr/> 00000000		35533411 11433553		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D <hr/> 00000000																
35533411 11433553																	
B	G																
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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																	



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 23/01/2024

S A O N A I A B D I L O H S U L T A N

314,00 2 5
157,00 25
PHARMACIE LE RIVAGE
Dr Cheikh HAMID
BLOC 37 N° 272 Temara Phage-HARHOURA
TEL: 05 37 02 06 45

20-7

PHARMACIE LE RIVAGE
Dr Cheikh HAMID
BLOC 37 N° 272 Temara Phage-HARHOURA
TEL: 05 37 02 06 45

24/01/2024

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD
Pr OUHABI HAMID
Directeur de Spécialité - Neurologie
101107662

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **11.434** / 2024 du **23/01/2024**

Nom patient : **SAOURI ABDILAH SULTAN**

Entrée **23/01/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **23/01/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 23/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0846429

IPP :

N° D'admission : 24.00816603 Montant : 300,00 Dhs

Patient : SAOUR ABDULKHAL SULTAN

Payé par :



Cachet

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 ID:651753
Barcode
118001 142590



Fabricant:

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
B-1420 Braine-l'Alleud.
Belgique

مصنعة من قبل:

Titulaire d'AMM:

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat.

holder of the marketing authorization:

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 ID:651753
Barcode
118001 142590



Fabricant:

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
B-1420 Braine-l'Alleud.
Belgique

مصنعة من قبل:

Titulaire d'AMM:

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat.

holder of the marketing authorization:

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 ID:651753
Barcode
118001 142590



Fabricant:

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
B-1420 Braine-l'Alleud.
Belgique

مصنعة من قبل:

Titulaire d'AMM:

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat.

holder of the marketing authorization:

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 ID:651753
Barcode
118001 142590



Fabricant:

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
B-1420 Braine-l'Alleud.
Belgique

مصنعة من قبل:

Titulaire d'AMM:

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat.

holder of the marketing authorization:

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 ID:651753
Barcode
118001 142590



Fabricant:

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
B-1420 Braine-l'Alleud.
Belgique

مصنعة من قبل:

Titulaire d'AMM:

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda, Région de Rabat.

holder of the marketing authorization: