

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

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.

AS : 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

35 360

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008730

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AGOLIMI EL Mostafa Date de naissance : 11/03/1951
Adresse : 40, bituelle
Tél. : 06 66 962 276 Total des frais engagés : 486,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: 11/03/2020]
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ptz fistule
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 : Casablanca Le : 02 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
07.05.2020	S		236,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STÉPHANIE HANZA CASABLANCA Lot. Hs/ Jaleh Rue 6 N° 3 Lot 44 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28	14/05/20	236,30

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
		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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div> <div> 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> </div> </div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> </div> <div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div> MONTANTS DES SOINS </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div> DATE DU DEVIS </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> </div>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 14/04/2010

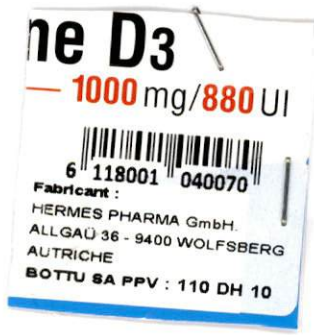
Allemaiti Noche

- un alfa 0.25 g

1/2

- Calcium Sandoz

1/2



DR OUESAN JERRADA
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Jerrada Oasis

CLINIQUE JERRADA OASIS



مصلحة جراحة الواصل

Casablanca, le 14.05.2020

Fikmaiti Nezha

PPV 116DH40 LOT 9N022 4
EXP 12/2021

PPV 85DH80 LOT 94073 1
EXP 06/2021

FLOXAM

Flucloxacilline

500 mg 16 gélules

Floxan 120 SV

2 gélule 2/5 = 65

Nifluril

2 gélule 2/5 = 65 SV

NIFLURIL 30 gélules

PPV 34DH10 EXP 12/2022
LOT 99037 1

STE PHARMACIE HANZA
CASA BLANCA
Lot 61, Hajfaten Avenue 6, N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 99 10 24

236.30

STE PHARMACIE HANZA
CASA BLANCA
Lot 61, Hajfaten Avenue 6, N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 99 10 24

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-05-2020

Facture N° 06008/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20E07103633

N° Identifiant : 026086/20

Nom & Prénom : Mme LEKMAITI NEZHA

C.I.N : Q140640

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-05-2020

Date Sortie : 07-05-2020

Médecin traitant : DR . DETSOULI MOSTAPHA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
						250,00

PARTIE CLINIQUE :

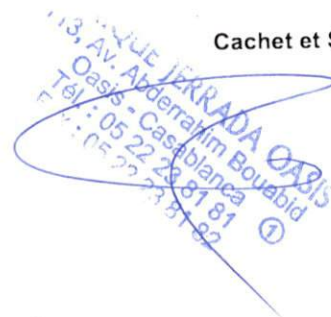
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL 250,00

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet et Signature



CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M^{me} LEKMAITI NEZHA
DATE DE NAISSANCE : 10/04/1969
CJO20E07103633



Reçu N°: 43408

Paiement du 07/05/2020 11h00

Actes

Montant

250,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : EL KASRI SAMIR Le 07/05/2020 11