

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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.

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



N° Déclaration de Maladie

35782 N° P19- 066757

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3678 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Laila

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-066757

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

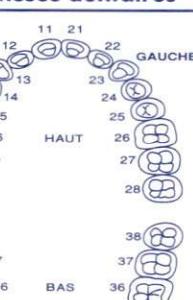
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

• 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	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	D	G		Date du devis <input type="text"/>
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Fin d'exécution <input type="text"/>

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 14 / 54852	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0054852

DATE DE DÉPÔT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle # 3678 #	Signature de l'adherent
Nom & Prénom ... <u>Rassif Mohammed</u>		Fonction ... <u>EDS</u>	
Phones ... <u>0600326123</u>		Mail ... <u>rassif@rayalewmari.com</u>	
MEDECIN	Prénom du patient ... <u>LATIFA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age ... <u>54</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Mulashi Regard din</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		<u>6</u>	
PHARMACIE	Date ... <u>18/05/12</u>		
Montant de la facture			
<u>591,00</u>  PHARMACIE ALEXANDRIE Mme BENJELLOUN FONZI Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandria 33000 Casablanca Tel: 0522 86 15 13 - Fax: 0522 86 15 00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>26/05/12</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>B 200</u>	<u>260,00</u>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <u>21/05/12/20</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		<u>500,00 dh</u>	
 			



INTERNATIONAL
clinic

Date : 11 / 05 / 2020

EC AF AF Laura

✓ MB. box 2
A- OROKEN 200 mg. cp. pel b.
P.P.V : 143,60 DH
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg. cp. pel b.
P.P.V : 143,60 DH
6 118000 061066

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH

99.00 → achat en ligne 19.08.2022
3-
S 91.2



INTERNATIONAL
clinic

Date: 10/05/2020

Ordonnance

EC AF AF

P. ^{sa} P.

I A H

40

Stos ſtue.

indicate à la

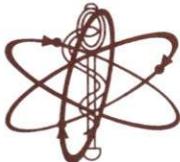
CPAP anti-Ster VI

DR. GATTADARO
Fernrohre
Fernseh
Kino
Konsulat
Des hohen
Vertreters
Tel: 0522 860 444

Ref: 06.00.38.61 23

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
 Génétique moléculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualicrien

FACTURE N° 2005260031

Mme Laila EL AFAF

Demande N° 2005260031

Date de l'examen : 26-05-2020

Analyses

Récapitulatif des analyses

CV	Analyse	Fal	Clef
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
CRP		B100	B
NE		B80	B

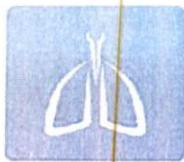
Total des B : 180

TOTAL POSSIBLE : 260

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cent soixante dirhams. 00



Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
 Prénoms et les Dates des Analyses.



UNITED MED Sarl

Respiratory Systems

UNITED MED SARI

*66 rue Annousour casablanca
Anfa 20140
tel 0522-279303
www.sdar.ma*

www.sdar.ma

FACTURE

DATE: 21/05/2020

facture 351/20

21/05/2020

351/20

Page 1

Mme EL AFAF LAILA

UNITED MED SARL
★ 10119 ★
66, Rue Ennoussair 10140 Casa
Tel: 0521 27 93 03