

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.

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

ND: 42574

Déclaration de Maladie : N° P19-0007150

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5852 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Himmou, Naoufissa Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/08/2020

Nom et prénom du malade : Himmou Naoufissa Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dépression + ALD - ALA

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 : 19/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
19-08-2020	C	1	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19-08-20	565,90
	19-08-20	495,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

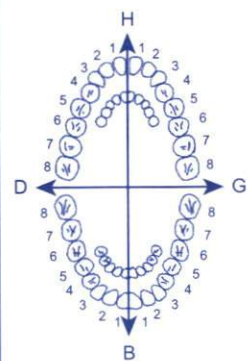
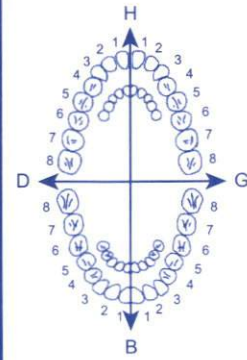
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة ابتسام الراشدي

الطب العام
طبيبة ملحقه سابقا بمستشفى ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم في أمراض النساء

دبلوم فحص عنق الرحم بالمنظار

متابعة الحمل

دبلوم طب الشغل

تخطيط القلب - وضع اللولب

١٩ ٢٠٢٠ في الدار البيضاء

HIMMI profisyy

2 insulated pipe $\times 20$ (0.318 m)
35 ft

85105

x3

3541

95 UT

[illegible]

3. trezen 2018

130,20 1585

H-3000 brief case

3470

Lotissement Dalva Centre Bouskoura N°6

Station des taxis – Bouskoura Centre

Tél : 05 22 59 04 91 Gsm bureau : 06 12 16 82 67

5 cartons plus
100100 Baidelette



6 Stimol AB
46100 1an f x 85 ALN



565,90



Dr. Bilassam RACHIDI
Médecine Générale
Bousskeure 120

PPV: 34DH70
PER: 06/23
LOT: J1722

Zenam 6 mg
30 comprimés bâtonnets
quadrisécables

6 118000 040873

130,20
PPV 130DH20
PER 04/22
LOT J1297

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine
30 comprimés
pelliculés sécables

6 18000 041467

85,99

INSULET MIX 30
100 U/ml, Flacon 10 ml
Suspension injectable
AMM N° 153 DMPT21

6 118000 021070

STIMOL®
20 ampoules buvables
de 10 ml

6 118000 370017

INSULET MIX 30
100 U/ml, Flacon 10 ml
Suspension injectable
AMM N° 153 DMPT21

6 118000 021070

85,00

SOTHEMA
Fabriqué en / Manufactured by
Laboratoires SOTHEMA
P.O. Box N° 120180 Bousskeure - Morocco

INSULET MIX 30
100 U/ml, Flacon 10 ml
Suspension injectable
AMM N° 153 DMPT21

6 118000 021070

الدكتورة ابتسام الراشدي

الطب العام
طبيبة ملحقه سابقا بمستشفى ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

دبلوم الفحص بالصدى
دبلوم فى أمراض النساء

دبلوم فحص عنق الرحم بالمنظار
متابعة الحمل

دبلوم طب الشغل
تخطيط القلب - وضع اللولب

19.08.2020

हिन्दी अक्षर

2 A maps mg
unius Apply to mother
for
pd mg's

Lotissement Dalya Centre Bouskoura N°6 تجزئة الدالية بوسكورة المركز رقم 6
Station des taxis – Bouskoura Centre محطة الطاكسيات بوسكورة المركز
Tél : 05 22 59 04 91 Gsm bureau : 06 12 16 82 67

AMEP® 5mg ○
28 comprimés



6 118000 081524

49,40