

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

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-489895

43034

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1168

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Retraité

Nom & Prénom :

BAUHAUD Mohamed

Date de naissance :

21/01/1980

Adresse :

M.B. Rue Tanger C. Rd de l'air Maroc Casablanca

Tél. :

0666234162

Total des frais engagés :

305,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SERBOUTI NAAT
Délégation de Sec. le
Nouveau Centre de Casablanca
Centre de Casablanca

Date de consultation :

13/08/2020

Nom et prénom du malade :

RACHIDA BOUMENHI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

lipome + dyslipidémie

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 :

13/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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
13/08/2020	C		G	INP : 091049267 Docteur SERBOUTIN Délégation de Santé Nouaceur Casablanca Santé Nouaceur

INP: 091042205

Docteur SERBOUTIN
Délégation de Santé
Nouaceur Casablanca
de Santé Nouaceur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/2023	208,50
	14/01/2023	98,70

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date: _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

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

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

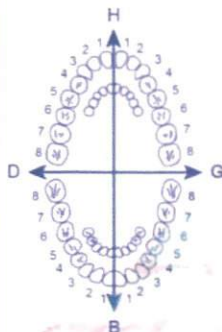
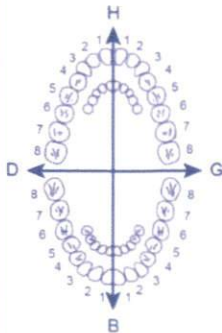
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

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.

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

12 | 21433552

□

100	00000000
-----	----------

00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

ministère de la santé

Délégation Province de Nouaceur



المملكة المغربية

وزارة الصحة

مندوبية القليد النواصر

ORDONNANCE

52,00

CACHE DU MEDecin

Docteur SERBOUTI NAJAT
Délégation de Santé
Nouaceur Casablanca
Centre de Santé Nouaceur

A le 13/8/2020

15,80

PV 15 DH 80
ER 02/28
OT J 3 4 7

Bou MEHDI RACHIDA.

60/1) Maxilase

1 cp x 3lx

5200/2) Zadnyl

1 cp / 2 x 10

7800 3) Cotrin F

1 cp x 2

1580 4) Doliprane 1g

1 cp x 2

40x20 206300) Meteospasmyl

1 cp x 3lx

Distribué sous licence
par L'APROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

580735

PPV:
60DH10

PHARMACIE DEROUA
EL HAÏK FOUAD
PHARMACIEN
46, Centre Commercial Deroua
Tel: 0522 53 21 77 / Fax: 0522 53 25 10

PPV 38DH00

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Ailérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

Docteur SERBOUTI NAJAT
Délégation de Santé
Nouaceur Casablanca
Centre de Santé Nouaceur



صيدلية الدروة PHARMACIE DEROUA

EL HAIK Fouad

PHARMACIEN

Deroua Nouaceur R. P. 7
entre Médiouna et Berrechid

Tél. : _____

الحايك فؤاد

صيدلي

الدروة النواصر ط 7

بين مديونة و برشيد

الهاتف : _____

Deroua, le 01/09/2022 الدروة في

M

Bon mchli (opark Ben Moumen) السيد
Bachir

Quantité	DESINATION	P. U.	TOTAL
1	Paraph 1/20	290	
1	Doliprune	2000	
1	Dergu 1/20	1780	
			4780

PPV:20DH00
PER:03/22
LOT:1709

Parasphan®

PPV 30DH90
EXP 05/2022
LOT 94050 2

PHARMACIE DEROUA
EL HAIK FOUAD
PHARMACIEN
46 Centre Commercial Deroua
Tél: 0522 53 21 77 Fax: 0522 53 20 14