

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.

Médecine 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.

Education :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Mise 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 personnelles.

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° P19- 0042574

53799

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISI LATIFA

Date de naissance :

Adresse : M&S

Tél. : 06 13 70 07 00

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

LASRY

Hassan

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/12/2020

MUPRAS

29 DEC. 2020

ACCUEIL



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE AL OUAIS HALAK Haj Nasra HR en Pharmacie 05 22 90 53 45 05 22 90 53 45 1488000057 | 24/11/2020 | 817,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

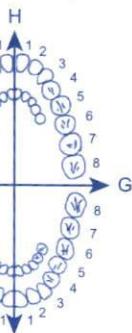
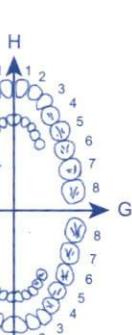
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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'OD.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
| |  | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | D 00000000 | G 35533411 | | MONTANTS DES SOINS |
| | B 11433553 | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

M le 1379

PHARMACIE AL OUARD

55.AV OUED SEBOU HAY ALOUARD OULFA ICE:001541468000057
CASABLANCA
Tél : 0522905345
Patente : 35022195

Facture N° 856 112 Du 24/12/2020

| FORME | PRODUIT | QTE. | PRIX | QTE * PRIX |
|-------|-------------------------------|------|--------|------------|
| CO | CARDIOASPIRINE 100 MG/30CO | 3 | 27,70 | 83,10 |
| CO | CORONAT 25MG 30CO | 1 | 116,90 | 116,90 |
| CO | CORONAT 25MG 30CO | 1 | 116,90 | 116,90 |
| CO | TECPRIIL 2.5 BT/30 | 2 | 50,00 | 100,00 |
| CO | TECPRIIL 2.5 BT/30 | 1 | 50,00 | 50,00 |
| CO | DIAMICRON LM 30 MG / 60 CO GM | 3 | 89,00 | 267,00 |
| CO | GLUCOPHAGE 500MG 50CO | 4 | 20,80 | 83,20 |
| 7 | Total | 15 | | 817,10 |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
HUIT CENT DIX-SEPT DIRHAMS ET DIX CENTIMES



Lot: PK1145B
Per: 11/2022
PPV: 116DH90

Lot: PK1145B
Per: 11/2022
PPV: 116DH90

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oulfa
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 001541468000057

50,00

50,00

50,00

89,00

89,00

89,00

20,80

20,80

20,80

20,80

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



وَصْفَةُ ORDONNANCE

**مصحة
POLYCLINIQUE
الزيراوي
ZIRAOUI**

le 5/10/2020

M² Aslam Hassan
TII E 3mpis

cardioaspirin. 100 mg

Red Lip boy
(cp)

Corona & Sy^W
116, 9°
x 2

Tec. pr. Ld, T SV. -
50,00
13
(cp) PHAR.
S. C.

10 May 1933

*Glucophage ICP88
Polyclinique CNSS Zirzenti Avenue 2000*

~~W. + u~~ Polyclinique CNSS Ziraoui - Adressé BD Ziraoui Bourgogne - Casablanca
Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK - El Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Saphir - EL Ouard
Tel / Fax : 0522 35 53 45
CASABLANCA
011-511-68000/Fax

$$\text{Total} = 817,10$$

~~817,10~~

Tél. n° : 05 22 20 32

PHARMACIE AL OUAFI
S. CHALAK Hal Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Zebou El Ouifa
Tel / Fax : 05 22 90 53 45
ICE : CASABLANCA
ICE : 001541468000057



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 5.10.2005

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle,Mme,M : *Dany Hassan*

Présente

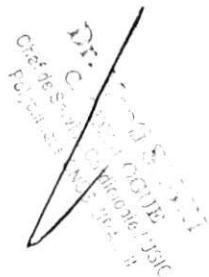
Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76



SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26 49/91-26 86/91 28 83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com