

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° W19-411300

Nugil

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8136

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIA BAHAR

Date de naissance : 08/07/70

Adresse : 02 Rue IMAM EL BOUKHAR

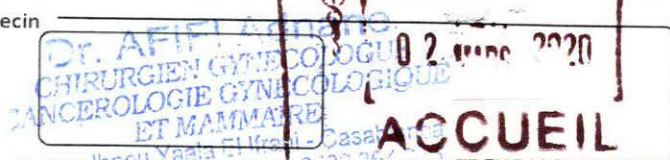
Tél. : 0642219829

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NADIA BAHAR

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ablation d'un cancer du sein

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 : 21/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-411300

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

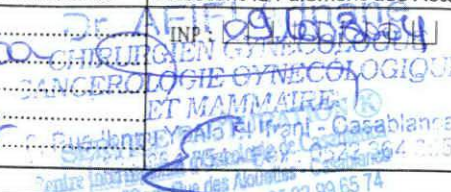
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

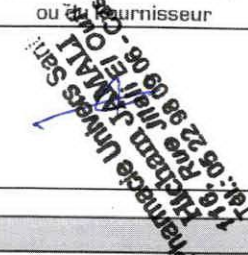
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
21/12/19	voir fiche		2200	
21/12/19	es		Gr	

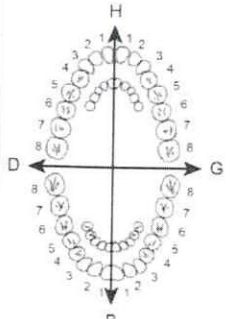
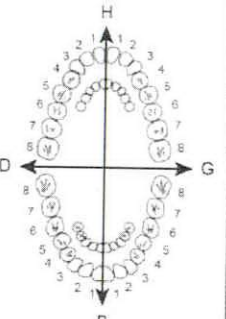
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/19	132,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Casablanca, le : 21.12.18

Nom & Prénom : BACHAGL NADIA

110.50
- SEPCEN 250mg Cp

1cp x 2/j Per Os Pdt 05 jours

22.20
✓
132.70
- CODOLIPRANE Cp

1cp x 3/j Per Os Pdt 05 jours

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yaala El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél. : 05 22 364 354 - Fax : 0522 364 355

Changement du pansement tous les 02 jours sauf Dimanche

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

IBERMA



SEPCEN 250 mg

CIPROFLOXACINE

SEPCEN 250 mg



10 Comprimés



6 118000 230175

Codolipra

PARACETAMOL ET CODEINE



b

bottu s.a

02, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

22,80
PPV: 22DH20
PER: 06/21
LOT: I1518



Casablanca, le : 21/12/2019

Mme Bahhar Nadea

Ablation de la CIP


Dr. AFIFI Adhane
CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE
ONCOPROLOGUE GYNÉCOLOGIQUE
ET MAMMAIRE
C, Rue Ibnou Yassir El Krami - Casablanca
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355


Centre International
d'Oncologie Casablanca
Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casa
Tél : 05 22 77 81 81

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 21-12-2019

Facture N° 11321/19

A. Identification

N° Dossier : 19L21074130

N° Identifiant : 000551

Nom & Prénom : Mme BAHHAR NADIA

C.I.N : 1111

Adresse : 33 RUE IBN HABIB MAARIF

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BAHHAR NADIA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 21-12-2019

Date Sortie : 21-12-2019

Médecin traitant : DR . AFIFI ADNANE

Traitement : ABLATION DE CHAMBRE IMPLANTABLE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	ABLATION DE CHAMBRE IMPLANTABLE		2 200,00			2 200,00

Total Rubrique : 2 200,00

PARTIE CLINIQUE :**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :**

0,00

Arrêté la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL

2 200,00

Total Organisme en lettres : ZERO DIRHAMS

Cachet et Signature

SERVICE FACTURATION
Centre International d'Onco-logie de Casablanca
4, route de l'Oasis rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74