

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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° P19- 055768

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0777

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : AMMOR Mohamed

Date de naissance : 30 Nov 46

Adresse : 23 Rue Collège de Bouhale MSA

Tél. : 0664340776

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Mansaf
Quartier Palmiers - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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.

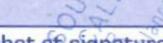
Fait à : MSA

Le : 06/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
5 MARS 2021
ACCUEIL

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/02/21	B90	150 DM

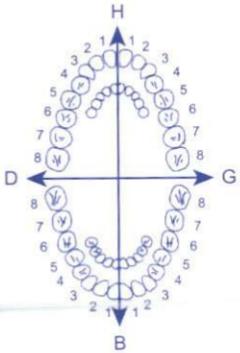
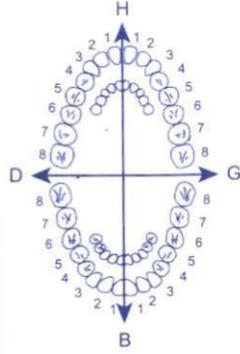
22/02/21	B90	150 dm
----------	-----	--------

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

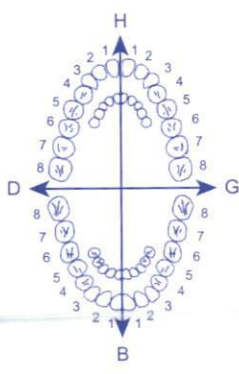
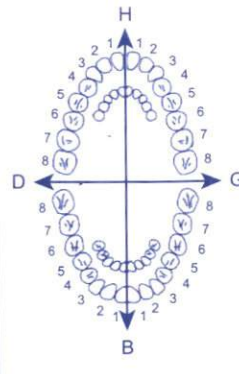
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> B 35533411 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>				
	(Création, remont, adjonction)				MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA



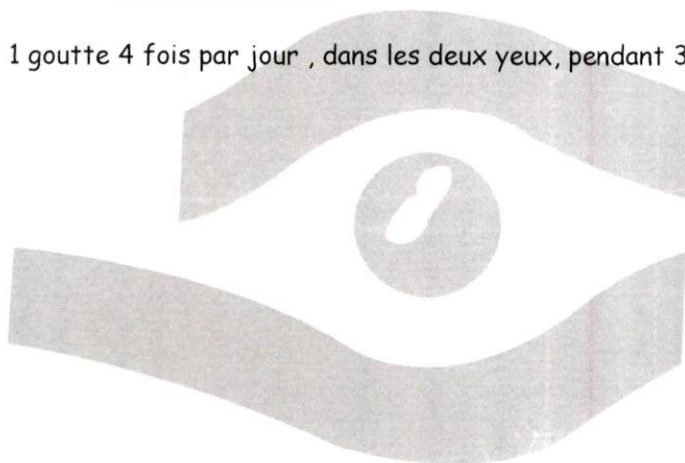
معيضة العصرية

06 février 2021

Mr. AMMOR MOHAMED

1/ HYLOCOMOD COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois



	2022-11
	297559
PPC:	150 DH.

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA



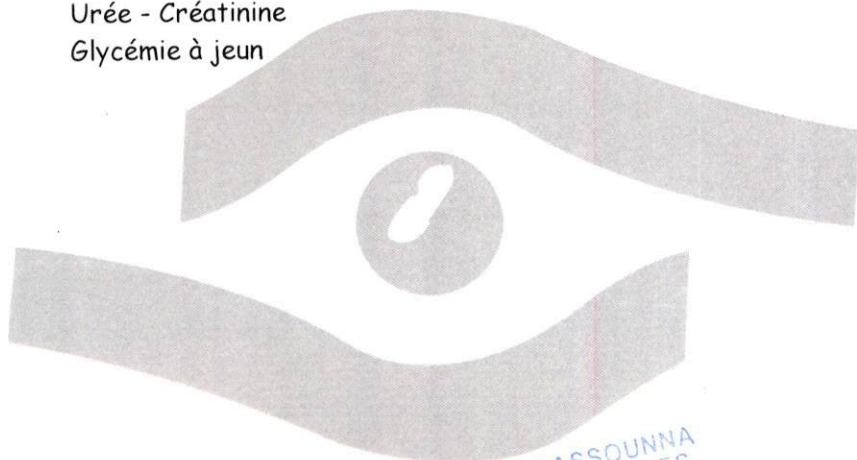
معيّة السريرة

ORDONNANCE

20 février 2021

Mr. AMMOR MOHAMED

Urée - Créatinine
Glycémie à jeun



LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr Saâd AMMOR
188. Av 2 Mars 1er Etage Casablanca
Tél 05 22 83 74 94 Gsm 06 51 55 58 07

LABO. D'ANALYSES MEDICALES ASSOUNNA

Dr S. AMMOR (Médecin-Biologiste)

Ancien Interne et Attaché des Hopitaux de Paris 188.AV.2MARS 1er Etage
Ancien Chef de Service à l'Institut Pasteur Maroc Tél(02)83.74.94/FAX:80.92.51
=====

Docteur : ZAFAD LAHCEN

Mr.....: AMMOR MOHAMED

REF.: 1BV0924 Du : 22/02/2021
=====

B I O C H I M I E

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes
Glycémie.....	: 0.89 g/l	(0.70 à 1.10)
Urée.....	: 0.49 g/l	(0.10 à 0.50)
Créatinine.....	: 13 mg/l	(<= 13)

CONFRATERNELLEMENT

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr Saad AMMOR
188, Av 2 Mars 1er Etage Casablanca
Tel 05 22 83 74 94 Gsm 06 51 55 58 07

LABO. D'ANALYSES MEDICALES ASSOUNNA

Dr S.AMMOR (Médecin Biologiste)

Ancien Chef d Service à L'Institut Pasteur Maroc

188, Av.2 Mars 1er Etage

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Paris

Tél 05.22.83.74.94

ICE : 000452800000086 / INPE : 093003127 / IF : 44510720

CASABLANCA DU 22/02/2021

FACTURE N°2681

NOM : AMMOR MOHAMED

Total des analyses : B 90

Prélèvement : 25 DHS

Total payé : 150 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT CINQUANTE DIRHAMS

SIGNE :

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr S.AMMOR
188, Av 2 Mars 1er Etage Casablanca
Tel 05 22 83 74 94 Gsm 06 51 55 58 07

FACTURE

N° : 1955 / 2021 du 06/02/2021

CONSULTATION

Nom patient **AMMOR MOHAMED**
PAYANT

Entrée 06/02/2021
Sortie 06/02/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01