

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.

Diologie 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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 048003

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : GCAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUMI MOHIA

Date de naissance : 1948

Adresse : ALAY HOU DA, Rue ESSALAM, APP 46

Tél. : 06.11.89.29.51 Total des frais engagés : 637,77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Moha Oumi

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie pulmonaire

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 : 26/03/2021

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
26.03.21	Reg. Hosp	637,77		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

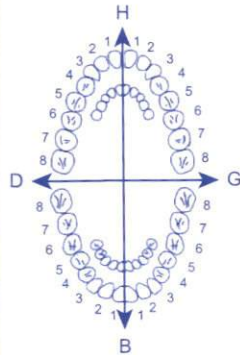
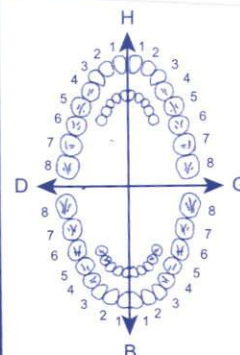
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

CHU

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Casablanca
Hôpital Ibn Rochd

الدار البيضاء
مستشفى ابن رشد
20 Avril

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 26/03/2022

Prénoms-Nom du malade : Alcha ouhvi
Service : PX

N° d'entrée :

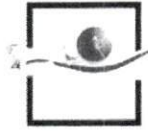
RENSEIGNEMENT CLINIQUE	REPONSE LABORATOIRE
<ul style="list-style-type: none"> Age : 73 ans Processus tumoral élastique - pas gauche Bronches tropes - Remaniement non spécifique Au TBP scanner ↳ Nodule lobaire sup gauche hyperécholipse sous pleural ↳ zone sup avec hétérogénéité 	

Médecin traitant

Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Le Chef de Laboratoire

PBTP échoguidée
Voulez-vous PBTP avec échoguidée



FACTURE N° H 6820 / 2021

Destiné à MOHA OUHMI

46 RUE SALAM HAY AL HOUDA
BERRECHID

Hospitalisation ☐

Hôpital de jour ☐

Consultation ☐

N° d'admission	N° SUP	Mode de règlement	N° Prise en charge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
9874		URGENT			Normal

Hotellerie

I - Clinique

Prestations	Prix unitaire	L_cle	coef	qte	nbj	Montant
avec biopsie		K ; KA ;	40 ; 20 ; 0	1	1	600,00

Total clinique : 600,00

II - Honoraires

III - Pharmacie

Produit	service	qte	prix	Montant
LIDOCAINE 2% S.A	P25	2	10,30	20,61
SERINGUE JETABLE DE 10 CC AVEC AIG	P25	1	0,23	0,23
SERINGE 5CC	P25	2	0,01	0,03
SPARADRAP PERFORE 0.18X5	P25	0,13	32,69	4,25
CRACHOIRS EN PLASTIQUE AVEC COUV	P25	1	0,78	0,78
BAVETTES JETABLES (4 LACETS OU ELA	P25	4	13,41	1,07
GANTS DE CHIRURGIE EN LATEX JETAB	P25	4	2,70	10,80

Total Pharmacie : 37,77

Total Facture	637,77
Total Avance	,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer	637,77

Arrêtée la présente facture le vendredi 26 mars 2021



Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd


Formation : *Roche quini*

Reçu de M :

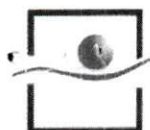
La somme de : *six cent trente sept*

N° 539948

le *21* *03.21*


Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>M E 9874</i>	
<i>p25</i>	
Total	<i>637,77</i>



FACTURE N° H 6820 / 2021

Facturé à MOHA OUHMI

46 RUE SALAM HAY AL HOUDA
BERRECHID

Hospitalisation ☐

Hôpital de jour ☐

Consultation ☐

N° d'admission	N° SUP	Mode de règlement	N° Prise en charge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
9874		URGENT			Normal

I- Hotellerie

II- Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	nbj	Montant
avec biopsie		K ; KA ;	40 ; 20 ; 0	1	1	600,00

Total clinique : 600,00

III- Honoraires

IV- Pharmacie

Produit	service	qte	prix	Montant
LIDOCAINE 2% S.A	P25	2	10,30	20,61
SERINGUE JETABLE DE 10 CC AVEC AIG	P25	1	0,23	0,23
SERINGE 5CC	P25	2	0,01	0,03
SPARADRAP PERFORE 0.18X5	P25	0,13	32,69	4,25
CRACHOIRS EN PLASTIQUE AVEC COUV	P25	1	0,78	0,78
BAVETTES JETABLES (4 LACETS OU ELA	P25	4	13,41	1,07
GANTS DE CHIRURGIE EN LATEX JETAB	P25	4	2,70	10,80

Total Pharmacie : 37,77

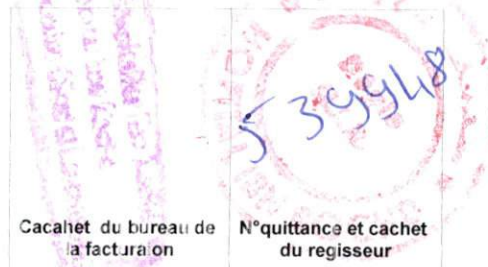
Total Facture	637,77
Total Avance	,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer	637,77

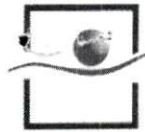
Arrêtée la présente facture le vendredi 26 mars 2021

Utilisateur : omar

vendredi 26 mars 2021

Page 1 sur 2





FACTURE N° H 6820 / 2021

Facturé à MOHA OUHMI

46 RUE SALAM HAY AL HOUDA

BERRECHID

Hospitalisation ☐

Hôpital de jour ☐

Consultation ☐

N° d'admission	N° SUP	Mode de règlement	N° Prise en charge	Organisme tiers payant	Mode de Sortie
9874		URGENT			Normal

au montant de : six cent trente-sept Dirhams et soixante-dix-sept centimes