

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.

5

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.

Reéducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-608294

71986

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	844	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALMONY ABDELMASIS			
Date de naissance : 09/01/30			
Adresse : Coop/ALICHAAF II k'21. Sidi Mearouf-CASAB			
Tél. : 0698.33.54.57	Total des frais engagés : 374,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-5-2021
Nom et prénom du malade : Halmony Abdellatif
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Frère / Soeur <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Thrombocytopenie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau 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

Signature de l'adhérent(e)

Halmony

Le 25/05/21

24 MAI 2021

M ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12.5.2021	C		3000	 Clinique AÏT M'HAMED Dr. Patima Ezzahra BOUDAL Médecin Néphrologue Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavolsier (Face Hôpital 20 Août) Tel: 05 22 85 92 20 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/2021	24,45

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le : 12.5.2024

Re Harmony Abderrahim

37.2°

~~Effecitholmic poudre App/j~~



Le sein

(7 jours)



~~Physiodose : levoege x 2/j (7 jours)~~

~~Puis le foie/j (+5 jours)~~

Fr 24.4€



Clinique ACHIFAA
Dr. Fatima Ezzahra BOUDA.
Médecin Néphrologue
Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier
(Face Hôpital 20 Août)
Tél: 05 22 85 92 20 - Casablanca

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. BOUDAL FATIMA ZAHRA

CONSULTATION

N° : 2105121424485810 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21A07032	HALMOUNY ABDELMAJID	12/05/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total	300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

مصحة الاختصاصات الشفاء



Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° : 202103267 / 2021 du 12/05/2021

Nom patient HALMOUNY ABDELMAJID

Entrée 12/05/2021

PAYANTS

Sortie 12/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00	C1	300,00	300,00
Sous-Total				300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Lahcen El Arjoune et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Secteur Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) / Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F.: 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° 37908413 - ICE : 001743751000001



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

valable 3 mois

Le 14/05/2001

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *H. AL MONY*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

DR. A. EL ALLALI
HEMATOLOGISTE
2, Rue Battalides, Belvédère - CASA
Tél. 02 31 40 08 7

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca