

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057936

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10320

Société : RAN (76995)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

chahrouz YASSINI

Date de naissance :

14.02.1962

Adresse :

Tél. 06 98 45 51 51

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057936

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z** = Electro-Radiologie
- B** = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

couvert

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 860161

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : CHAHOUR YASSINE
Matricule : 10320 Fonction : chef de secteur Poste :
Adresse : 180 Rue Oued Soltan Apt 14 Casab
Tél. : 0685155151 Signature Adhérent : Y.S.

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAHOUR YASSINE Age : 08 et 24
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 08 juil 2001

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :

A -----, le -----/---- Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

N° 860161

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
16.06.81	CS Ech. FC	500 DH 400 DH 100 DH		Dr. YOUSSEF AL MASSIRA Chirurgien Urologue Tél: 06 75 51 80 55 AL MASSIRA Branca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACEUTIQUE AL-QUISI CHALAK HAJI AL-QUISI Obtient en PHARMA AV. Oued Sétif - 33 33 45 T/ Fax : 05 32 89 33 45 CS 1468000052 20154146800052</p>	14/06/21	126,40

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala ainsi que le bilan de l'ODF.



مصحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

Dr Chabab Yassine

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R
N° Lot: 0TJ509
Fab: 02/2020
Per: 02/2023

P.P.V. 51.40 MAD



① Dival 25 mg
57,00 1x1 1125



② Ires 20 mg
75 mg
126,00 1x1 1125

LOT: M0468
PER: 02/2023
PPV: 75,00 DH

Dr. Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél: 06 75 51 80 75

11-1-21

PHARMACIE AL GUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
D. Oued Sebaï - El Oufia
Tél. : 05 22 39 40 41
Fax : 05 22 39 40 41
Casablanca
S. 0522394041
E-mail : 0522394041@AOL.COM

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca
Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15

N° Charles Yousfi

Endyphie et rectalpathie.

- Peau de dimensions normales et contours réguliers avec bonne différenciation cutané-musculaire.
- Bon indice corporel normal.
- Dilatation modérée psychosomatique droite.
- Absence de kystes rares.
- Absence de nœuds lymphatiques.

17-3-47 8

Dr. Yousef M. Moshammadi
Chirurgie Urologie
Tel. 0675 118075

• Geography - Environment Geography - Environment Geography - Environment

• 2000

Practical hydrology & hydro. 1993-94

Good afternoon, everyone. I'm

Properties of surfaces and flow



5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca
Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15

Reçu d'acompte

Nº 005932 /21

Nom : chahroub

Prénom : YASSINE

Docteur : ID MHAMMED

Diagnostic : CS + Echog. FC

Montant : # 700000

Le : 14-06-81

Encaisseur :

Signature :





