

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Education :

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

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

N° M21- 066847

ND: 87757

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2320 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RAHHALI Abdellah

Date de naissance : 1951

Adresse : Rue 1 N° 26 G. 04 R. Lekram 70 Le cas

Tél. : 0522 813518

Total des frais engagés : 100.8.50.25.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2021

Nom et prénom du malade : KHIAIE Fatima

Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète de type 2

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 ACCUEIL

Le : 11/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ABD

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
06/01/12	CD		950,000.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'Hôpital Lutier Nicolas Rue La Fontaine N° 5657 - MOHAMMEDIA Tel: (03) 31-51-68	05/10/21	1028,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد علي بناني

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

ارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأمواج فوق الصوتية والدوبيل

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تسجيل مستمر لخطيط القلب لمدة 24 ساعة

خطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق المتتفحة بالساق)

بالموعد



مركز فحوصات القلب والشرايين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدار البيضاء، في : 05/04/2014

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :
.....

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :
.....

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :
.....

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :
.....

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :
.....

57,70

Alnactore 500 mg

34,60 x 4

CASilet 100 mg

122,10 x 4

TRIATee 500 mg

37,00 x 2

ATENor 500 mg

25,00 x 2

Digoxine 100 mg

20,00 x 10

SinM

1008,50

traitemer
6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine)
30 comprimés
PPV: 25 DH 00
BOTTEUSA

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine)
30 comprimés
PPV: 25 DH 00
BOTTEUSA

حي الموعد المقيد في :
يد وشارع رضي الكديرة (النيل سابقا)
Jadid el Dr. Neda Guedira (EX. Nil) - 1er Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben
animedali@yahoo.fr : Tél./Fax : 05 22 59 59 00

0
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 21E004
PER : 02 2025

0
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 21E002
PER : 01 2025

PHARMACIE D'
Quartier Nicolas
No 56,57 =
T.S.I. : (C)

6 118000 0600468
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E026
PER : 11 2024

6 118000 0600468
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 21E020
PER : 01 2025

EX: 12.2022
LOT: B25776
P.P.V: 57DH70

37,70
37,00
122,10

122,10

122,10

6 118000 0600468
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E026
PER : 11 2024

20,00



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que M^{le}, M^{me}, M:

Présente *Engagée Antel Passeur*

Nécessitant un traitement d'une durée de:

3 mois

Dont ci-joint l'ordonnance.....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

PHARMACIE DE L'Hôpital

Quartier Nicolas Rue La Fontaine

No 56,57 — MOHAMMEDIA

Tél: (03) 31-51-66

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ rovalairmaroc.com