

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.

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

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- 066847

ND: 87757

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : RAHHALI Abdelkader

Date de naissance : 1956

Adresse : Rue N°28 Djouf Lakram 7ème

Tél. : 067813518 Total des frais engagés : 1008,50 + 25,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2021

Nom et prénom du malade : KHATE Fatima Age : 58 ans

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

Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque chronique

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 Le : 11/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/10/21	CS		950,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'Hôpital Pharmacie Nicolas Rue La Fontaine 56.57 - MOHAMMEDIA Tel: (03) 31-51-66	06/10/21	1008,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

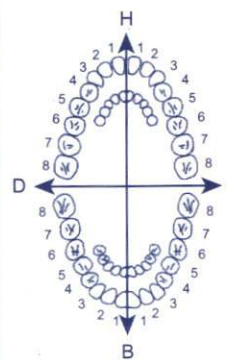
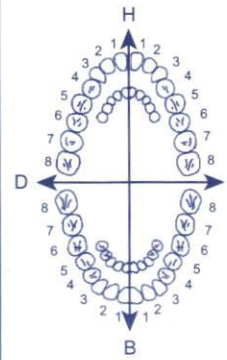
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأصوات فوق الصوتية والدوبلر

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تخطيط مستمر للقلب لمدة 24 ساعة

تخطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)

بالموعد



مركز فحوصات القلب والشرابيين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

Casablanca, le : 05/05/21 : الدار البيضاء، في :

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

TRIATE FA TITL
epreuve RITHMAGE

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60
LOT: 21E004
PER: 01 2025

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

PHARMACIE DE
Quartier Nicolas
No 56.57 = MO
Tél: (05 22 59 59 00)

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

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

حتى الموعد الممثل في :

بيد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا)

amisiak
Jadid el...
animedali@yahoo.fr

BOTTU S.A.
30 comprimés
DIGOXINE 0,25 mg
LOT: 040117
P.P.V.: 25 DH 00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 20,00

PPV: 20,00
Exp: 20,00
N° Lot: 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^{lle}, M^{me}, M:

Présente Dr. H. Boue Abdel Rhamane

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