

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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.

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- 050160

102614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03434 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELATIHI Rachid.

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : Babes Acharki An Tizgha

Benslimane.

Tél. : 066311170 Total des frais engagés : 573,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

د. جمال الدين البرقادي
أستاذ الأمراض الصدرية
كلية الطب والصيدلة بالرباط
المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Date de consultation : 31/1/2022

Nom et prénom du malade : El Hafi Rachid. Age :

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

Nature de la maladie : Toux

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 : 09/02/2022

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
31/11/2022	G		3000	د. جمال الدين البرقادي أستاذ المصنوعات الصيدلانية كلية الطب والصيدلة بالرباط المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation
	31/10/22	102,16
	31/01/2022	102,190

ANALYSES - RADIOGRAPHES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

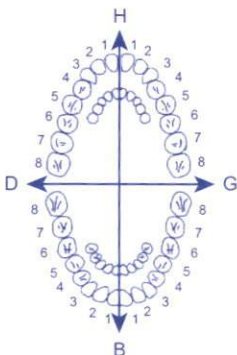
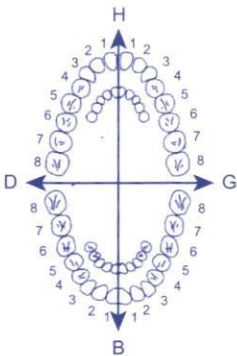
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

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																																														
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">H</td></tr><tr><td colspan="2">25533412</td><td colspan="2">21433552</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">G</td></tr><tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">35533411</td><td colspan="2">11433553</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr></table>				H				H		25533412		21433552				00000000		00000000				D				G		00000000		00000000				35533411		11433553				B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H				H																																										
	25533412		21433552																																												
	00000000		00000000																																												
	D				G																																										
	00000000		00000000																																												
	35533411		11433553																																												
	B																																														
	[Création, remont, adjonction]					MONTANTS DES SOINS																																									
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																														
					DATE DU DEVIS																																										
					DATE DE L'EXECUTION																																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AKINDEX

SIROP ADULTES

LOT: 21270
PER: 11/2024
PPV: 31,50 DH



دقة
يافة
لخيل

LOT: RH0973A
PER: 07/2024
PPV: 170 DH 50



Rabat, le: 31/1/2022

M^r - El Atifi Rachid

170,50

PHARMACIE FIDELITE
AVENUE MEHDI BEN BERKA
HAY RIAD
Tél: 0537.71.08.15
INPE: 102028610
31.50

Deflazaur 30

2ip Miam
1ip Miam

2-

Akindex

10x31g

71.40

PHARMACIE LA VITALITE
Dr. Mohamed ZEFZAFY
Secteur 8, Bloc G
Hay Riad - Tél: 05 37 71 16 84
INPE 000801400097

Miflasone 200

1g



MIFLASONE® 200 µg
Poudre pour
inhalation en gélule
PPV: 71.40 DH

الرباط - حي الرياض - الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email

Site web: www.pira.ma

NOM DU PATIENT : M. EL ATIFI RACHID
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1957

Reçu N°: 142350

Paiement du 31/01/2022 17h41

type	consultation
Montant	300,00 Dh
type de paiement	Espèce

Visa Caisse ③

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAF ZONE KENIL
Secteur 14, 5ème étage, 1000 Av. Abdelhadi
Hay Mohammadi, AL LODJ
Tél: +212 7 71 45 100
E-mail: contact@ira.ma

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246

093001246

T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 3 février 2022

Madame EL ATIFI KARIMA

FACTURE N° 336169

Analyses :

Chimie : Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100	
Chimie : Acide urique -----	B	30	
Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	
Chimie : Bilirubines Totale, libre et co -----	B	70	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Chimie : Ferritine -----	B	250	
Chimie : Transaminases -----	B	100	
Chimie : Phosphatases alcalines -----	B	50	
Chimie : Gamma -G.T. -----	B	50	
Chimie : VIT D2/D3 (25OH) -----	B	400	
Séro : Electrophorèse protéines sériques -----	B	100	
Hormono : T4 libre -----	B	200	
Hormono : Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	Total : B 1830

Prélèvements :

Sang----- Pc | 1,5 |

TOTAL DOSSIER

2 477,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Quatre Cent Soixante Dix Sept Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI MOHAMMED
Biol
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39
LABORATOIRE TAZI
TAZI MOHAMMED
Biol
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39