

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.

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.

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

Declaration de Maladie

N° W19-503697

118220

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société : lam

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHANAD ADIL

Date de naissance : 21/06/1973

Adresse :

Tél. : 066 2763203 Total des frais engagés : 614,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2029

Nom et prénom du malade : KHANAD EL KHANESSA

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

Nature de la maladie : Hémicépendance

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) :

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
13/5/22			69,90	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CREPUSCULE Rue 56 Lot Hassania II N° 19105 CASABLANCA Tél./Fax : 05 22 90 00 47	19/05/22	554,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

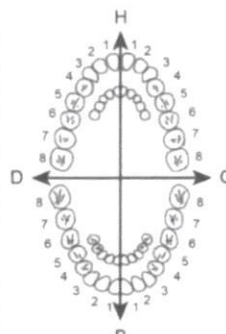
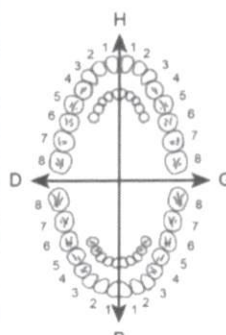
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
 MINISTRE DE LA SANTE
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
 EL FIDA MERS SULTAN
 CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
 EL FIDA MERS SULTAN
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
 CASABLANCA

☎ : 05-22-28-77-07
 05-22-28-75-71

المملكة المغربية
 وزارة الصحة
 صالة مقاعد الطعام من المملوك
 المركز الاستشفائي لصاله
 الطعام من المملوك
 مستشفى محمد بواقي
 الدار البيضاء

CASABLANCA LE: 19-05-2022 للدار البيضاء في

ORDONNANCE

GHERWEN EL KHAAN SSA

(S.V.)

(S.V.)

(S.V.)

(S.V.)

(S.V.)

PHAK
 RUE 58 LOU
 CASABLANCA
 TEL/Fax: 05-22-90-70-70

PPV: 48DH50
 PER: 01/25
 LOT: K3728

144,50
 144,50
 144DH50

GTIN: 06118001260850
 LOT: 3935
 MFG: 01 2022
 EXP.: 01 2025
 PPV: 94dh50



PPV
 LOT 28,80
 PER

22,00

22,00

48,50
 144,50
 289,00
 94,00
 28,80
 22,00
 44,00
 554,30

20g
 30g/5 pot
 10g/5 pot 6
 1-1-1
 1-1-1
 1-1-1 si



Région Casablanca - Settat

HOPITAL MOHAMED



Hopital

09107222

ORDONNANCE MEDICALE

Dr G HENNA EL KITAASSA
Tuberculeux
Cervical

→ Vi cervical
Weges Newth
B. A. A. f.

DR ABDELHAK SIMANE
Traumato-Orthopédiste
Hôpital Mohamed V - Bouch

Signé :

Le :

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Quittance

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

1000151680/A

Reçu de M. *El Khanss*

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>CT</i>		
Total		<i>60,00</i>

Cachet du
Service

Signature du
Régisseur

19/5/20