

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-704593

120320

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11365 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZAIOUNE ANASS

Date de naissance : // // // //

Adresse : // // // //

Tél. : 0667207844 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL BEDOUICHI ZLANE Age :

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

Nature de la maladie : Douleur articulaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cliquez ici pour télécharger le formulaire de déclaration de maladie
25, Boulevard de l'Air Maroc
Tél: 05 22 20 45 45 - Fax: 05 22 22 78 18

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
30/04/22	CS + SU + IH		563,105 DHS	(Signature) 09/20/7600

(Confiche)
Anesthésiste Régional
Clinique Ain Borja
25, Boulevard Irfi Ain Borja
CASABLANCA
Tél: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 48 11 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
(Signature)	30/4/22	96,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

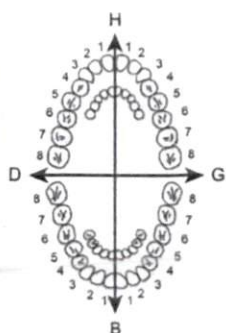
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

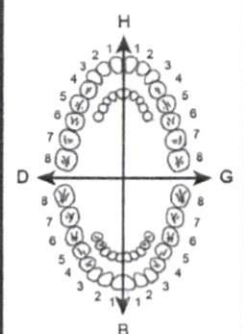
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 30/04/12

Ime EL BEDOUI GHIZLA

é le : 25/04/1972



AB22D30003740

1) lucarbon (cp)

2 cp x 3 / j

2) sedis



8/1/7

3) Cephalexin



4 x 3 / j

22,20

4)

venosine (shot)

1 x 1 / j

96,30

PHARMACIE AL MASSIRA
S1, Rue Raval Ben Ahmed
Dr. MIMO BÉNNOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 86 54
Fax : 05 22 24 86 44

25, Bd. Ifni (en face de Lydec), Ain Borja, Casablanca

Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24

E-mail : direction@cliniqueainborja.ma

Site web : www.cliniqueainborja.ma

Docteur Sidi Toussif EL ALAOI
Médeciniste Réanimateur

LOT 211003
EXP 01/2024
PPV 74.10DH

Microgranules gastro-résistants en gélules

14 x



OEDES
oméprazole

40 mg
Voie orale



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 222DH20
PER : L022
LOT : L42/24
51

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 30-04-2022

Facture N° 05189/22

A. Identification

N° Dossier : CAB22D30003740

N° Identifiant : 013501/19

Nom & Prénom : Mme EL BEDOUI GHIZLANE

C.I.N : BK102674

Adresse : RUE DE GUIZ 1 RES RIAD AL HAMD 1 APPT 45 BELVEDERS

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-04-2022

Date Sortie : 30-04-2022

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	SALLE D'URGENCE	PERFUSION	200,00			200,00
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						500,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		63,05			63,05
Total Rubrique :						63,05
PARTIE CLINIQUE :						563,05
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 563,05

CINQ CENT SOIXANTE-TROIS DIRHAMS CINQ CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique Aïn Borja
25, Boulevard Ifni Aïn Borja
CASABLANCA ②
Tél: 05 22 41 63 63-Fax: 05 22 40 11 12

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

PATIENT : Mme EL
BEDOUI GHIZLANE

N° DOS :
CAB22D30003740
Sejour : Du 30/04/2022
au 30/04/2022
MT : Dr.
ANESTHESISTE
REANIMATEUR



Reçu N°: 84903

Paiement du 30/04/2022 01h22

Actes

Montant

563,05 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : BENJELLOUN ZINEB Le 30/04/2022 01