

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

0661882649
Déclaration de Maladie

M22- 0041982

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007526

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Rafik Hanan

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661882649

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24, Bd Brahim Roudani
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid
INPE: 021240882

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/02/2023

Nom et prénom du malade : HALIM HIBA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Suture de plaie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : BERRECHID

Le : 13/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/01/13 | consult | | 300,00 | Dr. HIBA OTMANE Traumatologie - orthopédie 24, Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Berrechid INPE: 021240882 |
| 13 | suture de plaie | | 1009,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ANANIA SARL
MEHDI HAMMOUMI
Docteur en Pharmacie
83, Avenue Marrakech - BERRECHID
Tel: 05 22 33 61 51

13/02/13

146,40

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

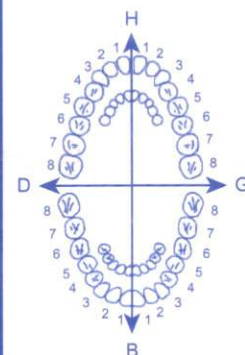
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

Coefficient DES TRAVAUX

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



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

SARL الصيدية أمينة
PHARMACIE OMNIA SARL
MEHDI HAMMOUMI
Docteur en Pharmacie
83, Avenue Marrokoeh, BERRECHID
Tél: 05 22 33 61 51

SARL الصيدية أمينة
PHARMACIE OMNIA SARL
MEHDI HAMMOUMI
Docteur en Pharmacie
83, Avenue Marrokoeh, BERRECHID
Tél: 05 22 33 61 51

ORDONNANCE

Berrechid, le

15/02/2013

Mme Hiba Hachim

146,40

116,40

flonam 100



2 fl x 25

39,00

2

Seltrom

13/02/2013

9943

unibyte

2 fl x 25



SARL الصيدية أمينة
PHARMACIE OMNIA SARL
MEHDI HAMMOUMI
Docteur en Pharmacie
83, Avenue Marrokoeh, BERRECHID
Tél: 05 22 33 61 51

changement de penser
satisfait du fl

Dr. NIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24, Bd Brahim Roudani
Bordj Bou Medjah Al jadid Berrechid
INPE: 021240882

PPV 116DH40
LOT 240231
EXP 04/2024

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

gélules Voie orale

PPV 30DH50
PER 12/25
LOT L4033



FLOXAM[®] 500 mg
Flucloxacilline - gélules
Voie orale
Lot L4033
Exp. 04/2024



مصلحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

FACTURE N°M01866/23

Nom : HALIM
Prénom : HIBA

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5

CONSULTATION : 300.00DH
SUTURE DE PLAIE : 1000.00DH

Arrêté la présente facture a la somme de :

« MILLE TROIS CENT DIRHAMS »

Berrechid, 15/02/2023

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5