

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° W21-787366

156816

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERIAI TAYEB

Date de naissance : 01-01-1980

Adresse :

Tél. : 06 61 85 21 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : BOUDAL KACIRO Age : 27 8 19

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

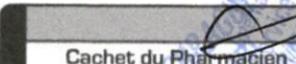
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15 / 3 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

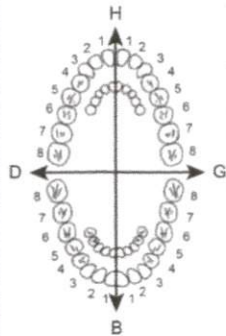
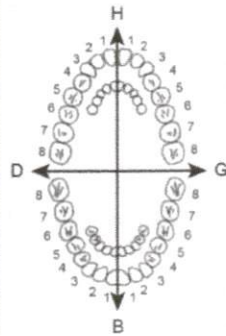
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/02/2023			364,02	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 N°: 062707248	$\frac{15}{02}$ 2023	103,20

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

[illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2107161418140.

10645

15 février 2023

Mme BOUDLAL NACIRA

63,20

1/ ZYRTEC 10 MG CP

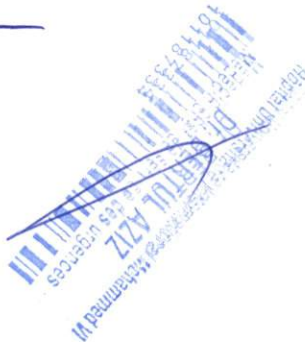
1 cp par jour pendant 10 jours

40,00

2/ PREDNI 20 COMPRIME EFFERVESCENT

3 cp le matin pendant 4 jours

Total: 103,20



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 : www.hm6.ma

PREDNI 20

Cooper — Prednisolone

20 mg

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158

63,20

2300232699

F A C T U R E

N° 6 538 / 2023 du 15/02/2023

Nom patient : **BOUDLAL NACIRA**

Entrée 15/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		64.02 Sous-Total	64.02 64.02
Total Frais Clinique				364.02

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE-QUATRE DIRHAMS DEUX CENTIMES

Total 364.02

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		364.02		364.02	0.00

Ministère de la Santé
Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Service des Urgences
090063728

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

15/02/2023
15:18

Nom Patient : BOUDLAL NACIRA

Numéro dossier : 2300232699

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
15/02/2023	SOLUMEDROL 120 MG/2ML INJECTABLE 1 FLACO	0	1,00	36.00	36.00
15/02/2023	MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	0	1,00	12.35	12.35
15/02/2023	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25MM	0	1,00	1.56	1.56
15/02/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
15/02/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.44	1.44
15/02/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	2.37	2.37
15/02/2023	SPARADRAP TEGADERM IV 3M 8,5X10,5CM	0	1,00	9.70	9.70
15/02/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77	3.77
15/02/2023	MASQUE A O2 HAUT CONCENTRATION AD	0	-1,00	12.35	-12.35
15/02/2023	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25MM	0	-1,00	1.56	-1.56
15/02/2023	CHLORURE SODIUM 100ML INJECTA (01)	107550	1,00	10.30	10.30

Total pharmacie 64.02

