

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 qu'à 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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

M23-003120

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9193 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Abou-Dulam Fatima
Date de naissance : 20/02/1980
Adresse : Rue 453 N°4 Cité des Fonctionnaires
Agadir
Tél. : 06 55 97 32 21 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2023
Nom et prénom du malade : ABOU-DULAM FATIMA Age: 43
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : goitre multi nodulaire anémique
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 : Casablanca Le : 20 / 04 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
07/04/23	Voir la facture		1520,00	 Dr. NAJIM Mohammed Chirurgie Générale - Coloproctologie - Echographie Lot. Saâd El Khair Rue 1 km. 1 IV Hay Hassani - Casablanca Tél: 05 22 89 55 71
11/04/23	Es			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Naïma INP: 92044569	11-04-23	503,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

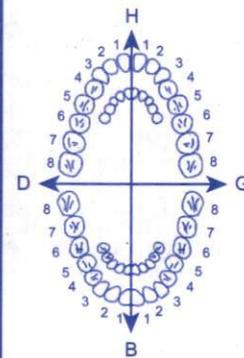
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

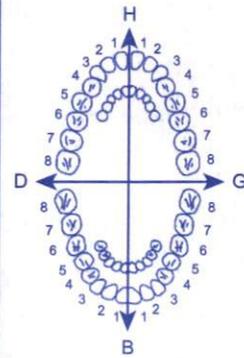
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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



Océanic Clinic

GRUPE ONCORAD

1110412023

Mme ABDOULAM FATIHA

67.50
- ARESSOO

1 g x 2 l / 5 jours



107.70
- CACIT 1000

2 fois / j - Boite



60.10
- MAXILIAS

1 g x 2 l / j - Boite



60.00
- FER PLEX

10 jours / Boite



21.00
- ERGOSTRIP large



187.00
- ADDAX Creme

1 appl / j



503.30

Dr. NAJIM Mohammed
Chirurgie Générale - Coelochirurgie - Echographie
Lot. Saâd El Khair Rue El Hana, Casablanca
INP : 091162297
Tél: 05 22 89 55 45



090004029



6 118001 040049

Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSEERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



3 595894 852752

EMULSION REPARATRICE
LOT : PF2301015
EXP: 12/2025
PPC: 187.00DH

EIP
do.

Distribué sous licence par LAPROPHAN 21, rue des Oudaya CASABLANCA - Maroc	PPV: 60DH10
---	----------------

3

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fe protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60.00 Dhs

6 118001 440016

67,50

PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI
Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C :171496

T.V.A :

Banque:

Tél :022.9031.00

Patente:35003900

C.N.S.S:1044081

Le 11/04/2023

FACTURE N°586884

Pharmacie NAIMA
ICE: 001596576000024

ABOUOULAM FATIHA

Désignation	Quantité	PPM	Total
ARES 500MG B/10	1	67,50	67,50
CACIT 1000 GM 30CP	1	107,70	107,70
MAXILASE 3000 24 CPS	1	60,10	60,10
FERPLEX 40MG/15ML BT10FL	1	60,00	60,00
ADDAX EMULSION REPARATRICE	1	187,00	187,00
STERI-STRIPS 12MM	1	21,00	21,00
Total =			503,30



Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Trois Dirhams et 30 centimes.



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 07/04/2023

Facture N° 3106/23

Etablie par IMANEICHOU IMANEE Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3D072281

N° Identifiant : 23042344/23

Nom & Prénom : ABOUOULAM FATIHA

C.I.NI366592

Date Début :

07/04/2023

Date 07/04/2023

Adresse : BT A 3 EME ATAGE N 07 CITE DE LINDEPENDENCE B

EN AKNOUN

Traitement : Transfusion

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations

	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	1 520,00			1 520,00
Total Rubrique :					1 520,00
PARTIE CLINIQUE :					1 520,00
Encaissement :					TOTAL FACTURE 1 520,00
Espèce :	Chèque :	Solde :		1 520,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille cinq cent vingt Dirhams

Cachet et signature

