

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'H
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
M23-008291

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1401 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AARAB LAHCINE / 61157
Date de naissance : 01.01.43
Adresse : 17 Bd Moulay Youssef
Tél. : 0619383413 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : AARAB LAHCINE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 MAI 2023
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) :

Autoforisation 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
08/03/23	1912		800 DA	SOS MEDECINS MEDICIN D'URGENCES Dr Ahmed NACER Gsm: 0611 51 51 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

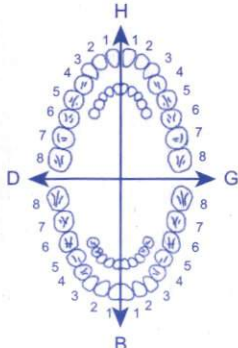
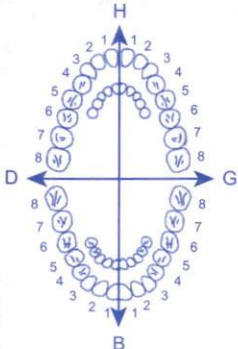
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AMBULANCE INTERNATIONAL R.C: 436659 - I.F: 37568422 ICE: 002271802000072	08/05/2023					500,00

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														
				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



MULTI-SERVICES 24

A: Cas le: 08/05/23

Dr AARAB Chouine.

Patiente Présente une détresse respiratoire.
SatO₂ 80%. Patient obèse
nécessite un trachéotomie.
Au cours de vos examens structure hospitalière

SOS MEDECINS
MEDECIN D'URGENCES
Dr Ahmed NACER
Gsm: 0611 51 51 01

05 22 98 16 16 / 06 61 30 15 34

8, Rue Chatila, Bd Abdelmoumen, Casablanca 20042 - Maroc

E-mail: urgencesamur@gmail.com / Web site : allo-tabib.ma / Fax : 05 22 99 01 69



MULTI-SERVICES 24

A : Cin le : 08/05/23

NOTE D'HONORAIRE

Facture détaillée :

Consultation : 600 Dh

Injection + Consommable : 200 Dh

Refusé

Oxygène + Nébulisation :

Analyses :

Total : 900 Dh DH

Allo Toubib vous souhaite un bon rétablissement

A AARAB Chouaïne

Et vous adresse selon l'usage, sa note d'honoraire soit la somme de Unité cent DH

SOS MEDECINS
MEDECINS D'URGENCES
Dr. Ahmed NACER
05 22 98 51 51 01

05 22 98 16 16 / 06 61 30 15 34

8, Rue Chatila, Bd Abdelmoumen, Casablanca 20042 - Maroc

E-mail: urgencesamur@gmail.com / Web site : allo-tabib.ma / Fax : 05 22 99 01 69

allotabibmaroc





AMBULANCE INTERNATIONALE sarl

Siege : Numéro 5, Mosquée Al Kawtar,
Commune Ouled Salah, Province de Nouaceur, Maroc

Tél : +212661622234 Email : ambulance.internationale@gmail.com site web : www.ambulance.internationale.com

Casablanca, le 08/ 05 /2023

Patient aarab lhoucine

Facture N° 016/2023

Objet : transport du Patient aarab lhoucine

Anassi ver Clinique international 500dh

Total 500 dhs

- *La présente facture est arrêtée à la somme de Cinq cent dirhams*
- *En votre aimable règlement*

A. Ouameur
Général Manager

AMBULANCE INTERNATIONALE
S.A.R.L.
Local N° 5, Mosquée Al Kawtar
Commune Ouled Salah - Nouaceur
Tél: 0522.39.39.09