

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

Déclaration de Maladie

M22- 0053389

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12295 Société : 170815
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAOUB BOUZET
 Date de naissance : 01/01/1958
 Adresse : Bloc 16 N° 07 Hay Samira Hay Mohamed
 Casablanca
 Tél : 0662 394825 Total des frais engagés : 466,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31.07.2019
 Nom et prénom du malade : Aït EL OUAFLI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

30/07/23 en 1
31/07/23 en 1
11/08/23 en 1
64/08/23 en 1

Ministère de la Santé et de la Protection sociale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la facture

PHARMACIE ADIL
Dr. Bouchra RHANNOUMI
Imm. 71 N° 3 Hay Al Massira
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 022 63.87.58

31/07/23 213,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

30/07/23
de recettes
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

02/08/23
D + Ser (gn)
M 2,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

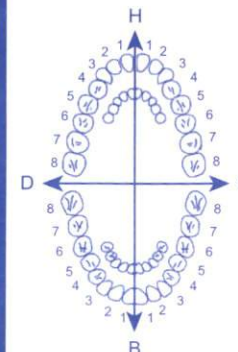
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

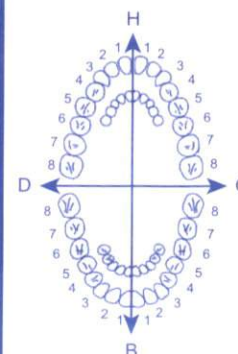
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT 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

ORDONNANCE

Le :

31/6/2023

Aïna Elouadi

PHARMACIE ADIL
Dr. Bouchra ELAMMOUMI
Rue 71 N° 3 - Hay Al Massara
Casablanca
Tél: 022 53.87.58

22,00 

Cellul Acet 3/

22,00 

82,00 

Isoa Long Ajelt

LOT 2 22,00
PER 0 82,00
PP 8 2 DH 0 0

149,20 

Curlex 22,00

Acet 2/ 22,00 non

213,00

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE TRANSLÉGIE
INPE : 09126873

Lot: WT030
A consommer de
préférence avant le : 01/2026
PPC : 149,50 DH

ORDONNANCE

Casablanca, Le 30/07/2023

Nom :

Age :

Suc 46 017

*MA
GOK*

EL OUAFTI AICHA

transmission de Gemo D

avis transitoire


Cachet

Date de prochaine visite:

.....



FACTURE CONSULTATION

N° Quittance

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Consultation Numéro : 2 023 / P / 37 911

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification

Index Patient : 74 660

N° Consultation : 110 173

Nom et prénom : AICHA EL OUAFI

CIN : BH159614

Adresse : RES KHAWLA 8 NR 222 ETG 2 CASA

Médecin

Sur prescription du : DR TAOULI HICHAM

Spécialité : TRAUMATOLOGIE

Type de consultation : CONSULTATION SPÉCIALISTE

Débiteur

PAYANT

Date

Date de consultation : 31/07/2023 09:16:36

Montant : 60,00 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SOIXANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 60,00 DHS

31/07/2023 09:17:19

Facture Etablie Par Personnel N° : MERNAJ

Signature du responsable :
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier
Ain Sebâa Hay Mohammadi
Service d'accueil et admission





Facture Urgence

N° Quittance

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Numéro : 2 023 / P / 37 759

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification	Débiteur
Index Patient : 74 517 N° Urgence : 46 017 Nom et prénom : EL OUAFI AICHA Adresse : H M	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 30/07/2023 11:19:11

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:							40,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

30/07/2023 11:20:09

Facture Etablie Par Personnel N° : OUMELH

Signature du responsable :

Rx Genoa D L F
E





Facture Urgence

N° Quittance

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Numéro : 2 023 / P / 37 761

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification	Débiteur
Index Patient : 74 517 N° Urgence : 46 017 Nom et prénom : EL OUAFI AICHA Adresse : H M	PAYANT
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 30/07/2023 11:19:11

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
RADIOLOGIE STANDARD							
Examen radiologique du genou, inférieur ou égal à deux incidences	T122	Z	15,00	1,00	112,50	112,50	112,50
Montant Total:							112,50

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 112,50 DHS

30/07/2023 11:30:30

Facture Etablie Par Personnel N° : OUMELH

Signature du responsable :



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Préfectoral
Ain Sebaa - Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

Quittance

N° 691082 /B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
M. Schmitt		
		112,50
Total		112,50

Cachet du
Service

Le 30/7/202

Signature du
Régisseur

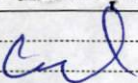

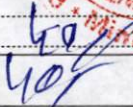
Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Préfectoral
Ain Sebaâ - Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

Quittance

№ 691080 /B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
		
Total		

Gachet du Service

Signature du
Régisseur

№ 691189 *✓B*

La somme de

Cachet du
Service

Le 21/11 202

Signature du
Régisseur