

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



Déclaration de Maladie

N° W21-719512

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FOULANI Kabil

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CHAMPS DU APPT B12 ENNASSIM

CASABLANCA

Tél. : 06 61 16 69 37 Total des frais engagés : #2171,3 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Gynécologue / Accoucheur

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ENNASSER MERHEM Age :

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 23/07/2023

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 la réalisation des Actes
29/7/23		5	300	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
29/7/23		5	500	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE AN LBACH Oued Hadou Km 10 Route 103 Casablanca - Fax: 0522 32 12 47 Tél: 05 22 32 12 10	28/7/2023	771,30	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/7/23		perg.			800

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— 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	30000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	30000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS []														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

0661 16 69 37

محمدة غاندي
GHANDI CLINIC



Casablanca, le : 28/07/23

ORDONNANCE

PHARMASIE AIT LBACHA
Ouled Hadji Km10 Route 109
Casablanca • Fax: 0522 32 12 47
Tél : 05 22 32 12 10

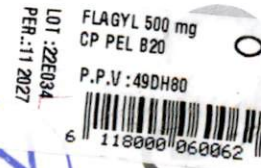
MERYEM
ENNASSER

2x 89,00
1x 47,50

① Penistaph 500 (S.V.)
2 gel x 3h/1 jour

4980

② Flagyl 400 (S.V.)
1/2 x 3h/1 jour



99,00

③ Ineso 40 (S.V.)
1 gel / Mat / 1h/1 jour



14,60

④ Doliprane 1g (S.V.)
1/2 x 3h/1 jour



46,00

⑤ beteshine (S.V.)
rouge solent
54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء
+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 +212 522 39 09 73 +212 522 36 05 74

2500

(6)

~~Betadine solution~~

S.V.

S.P.

X 3 a 4/j

14800

(7)

~~Bodospay~~

S.V.

X 3 a 4/j

PHARMACIE AIT LBACHA
Ouled El Hadj Km 10 Route 109
Casablanca - Maroc 0522 32 12 47
Tél : 05 22 32 12 10

39,70

(8)

~~Fucidine crème~~

فوسيدين 2%
كريم أنبوب 15 غ

39,70

X 3 a 4/j

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

(9)

~~Emlo~~

~~pommade 1 h avant~~

A qd le guer 1 heure avant
chaque soir
com premier

CLINIQUE GHANDI
Bd Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 3674 05 / 0522 36 69 11
LABSTR K

S.V.

S.P.

4 x 23,00

771,30

ORDONNANCE

MERKEM

ENNASSER

Faible en neuro-perfusion ⇒

① Trioxon
2g en Fu

② flacyl
500 en Tr

③ Insol
AS

④ Acipon
14g.

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 6998 / 2023 du 29/07/2023

Nom patient **ENNASSER MERYEM**
PAYANTS

Entrée 29/07/2023
Sortie 29/07/2023

- Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PERFUSION	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Clinique				600,00

DR. BENAZZOUZ BERRADA (gynécologue)	1,00		500,00	500,00
DR. REDOUANE / ELOMA (anesthésiste-rea)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	800,00
Total Autres prestations				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1.400,00
MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel: 0522 36 74 05 / 0222 36 91 11
LABSTR K