

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-793221

473 135

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3029

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DOUNAS Abdelatif

Date de naissance :

15/12/1959

Adresse :

Tél. :

071419177

Total des frais engagés :

556,38

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMIN LAASRI
Médecin Généraliste

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

DOUNAS MANA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie :

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.

Je déclare l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 16/07/2023

MUPRAS
ACCUEIL
29 AOÛT 2023
C. NINIA

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
16/07/2023		K10	283,96	INF: 01261327

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR CASA C.A.R.L 8 Av Mehdi Ben Barka Bourgoigne Casa INPE 092025204	10/07 2023	= 272.40

[illegible]

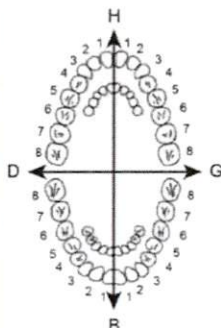
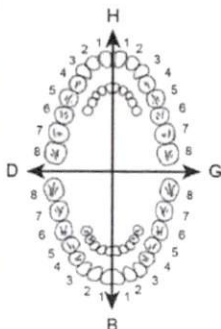
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.
48 Av Mehdi Ben Berka Bourgogne Casa
INPE 092025204

16.07.2023

DOUNAS, MANAL

LOT 230384
EXP 03/2026
PPV 131.60DH

SYNTHES
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
64075 MP 21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591



PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.
48 Av Mehdi Ben Berka Bourgogne Casa
INPE 092025204

EXP 02/2026
LOT 20008 2

PPV 18DH30

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alverine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 180293

NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT

MAND. Pourmas

1) Date de la constatation de l'état de malade :

16/07/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Gastrite
antacid

3) Traitement envisagé et actes :

KNO₃ VVP
Pancabul
DPP
Ulap
Gastr

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

DR. AMINA LAASRI
Médecin Généraliste



N° IPP : 774669	N° SEJOUR : 230028150	FACTURE N° 2305008735		DATE D'ENTREE : 16/07/2023	DATE DE SORTIE : 16/07/2023
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE : DOUNAS, Amal	
MALADE : DOUNAS, Amal		N° IMMAT C.N.S.S :		REF. PC 1 :	
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		REF. PC 2 :	
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 2 :					

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				47.71					0.00	47.71
FOURNITURES MEDICALES				11.25					0.00	11.25

Intervenant : M0200019 DR LAASRI AMINA	TOTAUX :	283.96						283.96
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUATRE-VINGT TROIS DHS ET QUATRE-VINGT SEIZE CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	283.96		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 16/07/2023	EDITEE LE : 16/07/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
Caisse des Urgences Polyclinique C.N.S.S Ziraoui			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
			BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54			