

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

- 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.

M22- 0031223

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0769**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Najat Rhal

Date de naissance :

01.01.1949

Adresse :

Alfaz Gpe N° Rue 133 no 47 ehsa

Tél. : **06.62.79.06.07**

Total des frais engagés : **374,400** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01.08.23**

Nom et prénom du malade :

Al Naser Rhal

Age: 01/1949

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **18 OCT. 2023**

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 : **CASA**

Le : **01.08.2023**

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N°: AA-215 / 2019

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Pr BEN SAID
Directeur de la
FONDATION CHEIKH KHOURY
Said
Hématologie

ACCUEIL
K.H.
18 OCT. 2023

RELEVE 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
18.03.00			80	Pr BENAKI FONDATION CARITÉ

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MULOUJ ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie 120-222-224 Bc Oued Nourouya El Oufia Casablanca - Tel: 0522.90.51.17 TCE: 00229122000007	110 81 23	374,40

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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"/>



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le ..

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAÏD
Pr BENCHERKOUN SAÏD
Directeur de Spécialité - Hematologie
091013508

مل 0769

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیفة

1.08.3.

30,15x2

6 8,95

1 - Fludex 1cp / i
3bts.

31,30x3 (one per day. Lr)
2 - Zyloric 200
1cp / i

115,00

3bts

3 - Aclaw. 1cp / i

34,60,00 1cp / i

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Dr ZEKRI Abdellatif
220 222 222 000 Oued Moulaya El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13
Fax: 00229 1220000071

Adresse : Boulevard M'hamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24h/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477 / +212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

30,10

LOT 223844
EXP 11 2026
PPV 31.30

30,10

LOT 223845
EXP 11 2026
PPV 31.30

30,10

LOT 230302
EXP 12 2026
PPV 31.30

LOT : 4434
PER : 05 - 26
P.P.V : 36 DH 40

LOT : 2987
PER : 03-25
P.P.V : 115DH00

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	WASSI NADIA
Matricule :	0769
N° CIN :	BE110097
Adresse :	Alfa Gpe 'N" Rue 133 N° 47
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : OG1013/08
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Thérapie génique essentielle Nyctofobia.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Cure AML : Phustex 1cp/j Tris niz Zyflour 200 1cp/j	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 01/08/2009	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <i>El Khouja Chekroun Saïd</i> Dr. Spécialiste - Hematologie	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées