

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



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 002978

192708

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HLOU AISSA
Date de naissance : 03.09.1976
Adresse : CASA
Tél. : 0566060878 Total des frais engagés : 181.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

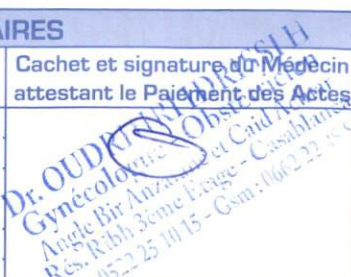
Date de consultation : 02/01/2024
Nom et prénom du malade : ATIKKOU FATIMA Age : 27
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Accouchement (CÉSARIENNE)
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
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.

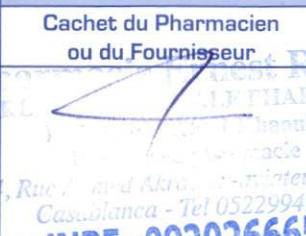
Fait à : CASA Le : 02/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/01/24	G		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.01.24	981.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/01/24	monito	600 D71

AUXILIAIRES MEDICAUX

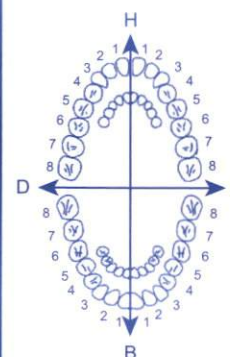
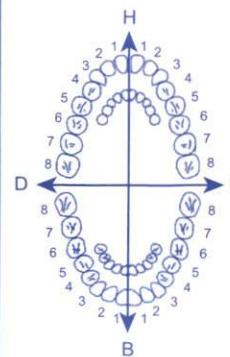
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham

Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque

Echomorphologie et Echocardiologie Foetale

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et et Hysteroscopie

Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام

تصاصي في أمراض النساء و التوليد

يس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر

بالمستشفى الجامعي بالميريا

طب الجنيني والحمل عالي المخاطر

مراحة النساء والثدي

الجراحة بالمنظار

العقم والإخصاب

Pharmacie Ernest Renan
SARL
34, Rue Ahmed Abdou Chevaliers Oasis
Casablanca - Tel 0522994975

Casablanca, le 22/04/2025

Nom et Prénom :

347 + 13202 =

1/ NOVEX 0,4 INJECTABLE

1 injection par jour en sous cutané pendant 10 jours

167.00

2/ ZAMOX 1g / 125mg

1 sachet x 2 par jour pendant 10 jours

14.00

3/ DOLIPRANE 1G BOITE 10 COMPRIME

1 cp x 3 par jour en cas de douleurs

45.40

4/ DUPHALAC SIROP

1 prise x 3 par jour

49.50

* 5/ EUCARBON CP

2 cp x 3 par jour

21.00

6/ BÉTADINE SOLUTION

Soins de la plaie 1 à 2 fois par jour

20202 = 40.00

7/ Tefolay TMA 2

Idus - Idus

PPV: 14DH00

PER: 09/26

LOT: M3083

LOT: 23E008
PER: 10/2025

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML

P.P.V: 45DH40

6 118000 010494

PPV: 167DH00

PER: 10-26

LOT: M3272

• Lomé Suisse (Kiri)

Lap 45 pd 12

Lot:
À consommer de
préférence avant le:
PPC: 79,50 DH

230625

08/2028

L	U	T	2	3	2	3	9	5
E	X	P	0	7	2	0	2	5
P	P	V	3	4	7	0	0	0

347,00

Casablanca : 02/01/2024

NOTE D'HONORAIRE

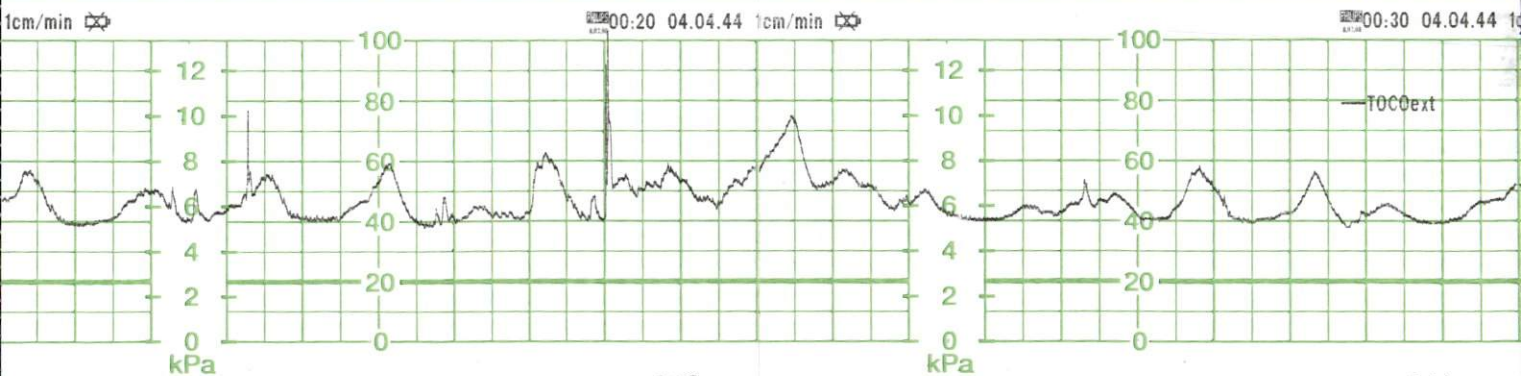
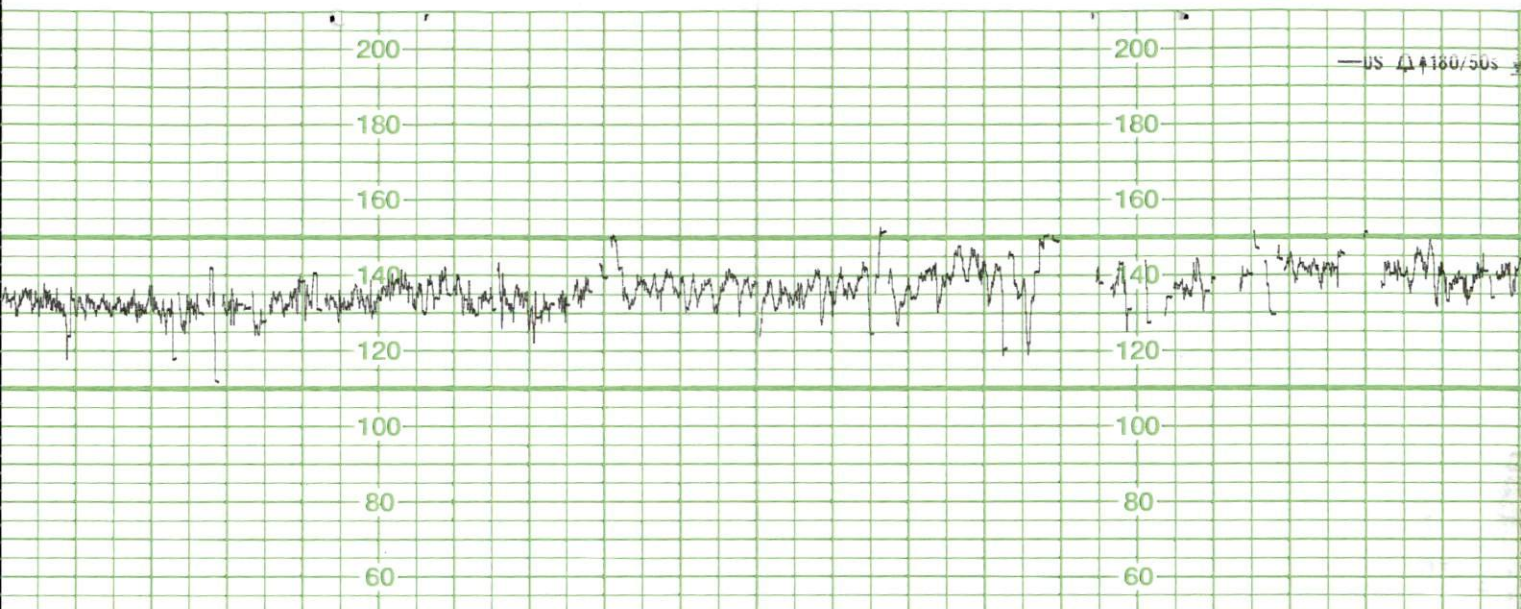
Nous soussignons Clinique LES PAPILLONS, reconnais que : Mme AIT IKKOU FATIMA EP EL HLOU à payer la somme de 600 DHS pour UN MONITORING.

Le présent facture est établi à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE

CLINIQUE LES PAPILLONS
02 98 30 35 - 0522 98 31 32
090061672
CLINIQUE LES PAPILLONS
Papillons Oasis - Casablanca
Tel : 02 98 30 35 - Fax: 0522 98 31 32
ICE: 01 0000075 - INP: 090061672





C13

C14

