

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
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° P19- 0023344

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2420 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIK Khaddouj Date de naissance : 14/11/89

Adresse : G.K. Rue 161 N° 15 Salpa

Tél. : 0625 104722 Total des frais engagés : 80,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMIR Naima
Médecin Urgentiste
Ministère de la Santé
Délégation Hay Hassani
Hôpital Al Hassani
Services des Urgences

Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : CHAIK Khaddouj Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée MUPRAS

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] :

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
10/10/19			401	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/2019	80.40
	10/10/2019	57.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

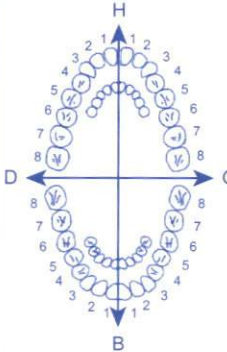
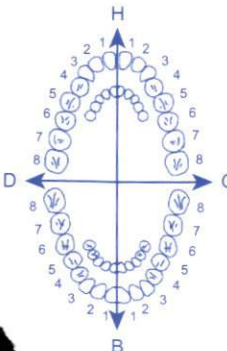
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Spécialiste

اختصاصی

Maladies des glandes-Goitre-tension
Cholestérol- Diabète

PHARMACIE DE LA VILAYAT
ZEKRI Abdelâti
Docteur en Pharmacie
222, Bd. Oued Molouya - Et. 5
Casablanca - Tél. 06 22 90 51

16, rue Mouftakar abdelkader
(Ex ; Clémenceau) Casablanca
0777-690-111 // 05-22-22-39-93
Consultations : matin 8h30 - 11h
Après midi : 2h30 - 5h
Fermé : samedi & dimanche

ICE : 002062102000022

Réf : 667

1^o - Chaik Rha Hyj 10 OCT 2019
 6,80 x 3 Loo f. 10 x 25' 1/2 c Nak
 24,100 x 6 Loo f. 100
 83,70 25,670 x 25'
 35,70 25,674 25'
 20,15 m 1/2 - An 25'
 Relax B 150 or 135
 10 m 1/2

$$\tau = 242.60$$

Dr Ali OUARRAK
ENDOCRINO - DIABETOLOGUE
16, Rue ABDELKADER EL-OUFTAKAR
Casablanca - Sidi Belhou

Traitement pour... 14 Mois - 21
A NE PAS ARRETER SAUF
AVIS MEDICAL

ORDONNANCE

Le 10.10.18

CHEK KITHAY

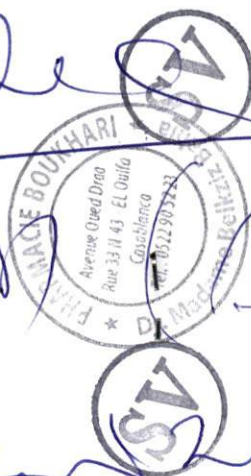
22.00

Charles

58.40

Schyns

80.40





611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 8001102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



611 8001102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

ID : 624438
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 35,70 DH



LOT 91001 1
EXP 05 2022
PPV 35,70

35,70

29,00

58,40
Solupred 20mg

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DÉLEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI
HÔPITAL AL HASSANI

Reçu de M.

La somme de

Quittance

N° 435347

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Cent		40,00
Total		40,00

Cachet du
Service

Le.

Signature du
Régisseur

10/10/19